薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業請求様式

請求金額： 　　　　　　　　円

本請求金額に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を

適切に保管しています。

令和　　年　　月　　日

薬局名：

代表者氏名：

※薬剤交付支援事業に関する請求額を月末締めで算出し、上記に記載の上、本用紙および領収証の写しを、翌月15日までに**FAX（076-420-5451）**で提出ください。

※実施状況の一覧（エクセルファイル）は、月末締めで翌月15日までに、別途、メールで提出ください。