

平成 年 月 日

浜松市薬剤師会 御中
〒432-8023 浜松市中区鴨江2-11-2
TEL 455-2976 FAX 455-0627

使用月の最終日 6/30、
10/31、1/31、3/31

〒
住所:
店名:
氏名:
TEL:
FAX:

紙おむつ交付券（障害者用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000			500	
2000		4・5・6、7・8・9・10、 11・12・1、2・3		
3000			500	
4000			500	
5000			500	
6000			500	
7000			500	
合計			500	

振込先

(銀行・信金・農協)	支店
(当座・普通)No.	名義人

この用紙はコピーしてご使用ください。

平成 年 月 日

浜松市薬剤師会 御中
〒432-8023 浜松市中区鴨江2-11-2
TEL 455-2976 FAX 455-0627

〒
住所:
店名:
氏名:
TEL:
FAX:

紙おむつ交付券（障害者用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000			500	0
2000			500	0
3000			500	0
4000			500	0
5000			500	0
6000			500	0
7000			500	0
合計		0	500	0

振込先

(銀行・信金・農協)	支店
(当座・普通)No.	名義人

この用紙はコピーしてご使用ください。

平成 年 月 日

浜松市薬剤師会 御中
〒432-8023 浜松市中区鴨江2-11-2
TEL 455-2976 FAX 455-0627

〒
住所:
店名:
氏名:
TEL:
FAX:

紙おむつ交付券（障害児用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000			500	0
2000			500	0
3000			500	0
4000			500	0
5000			500	0
6000			500	0
7000			500	0
合計		0	500	0

振込先

(銀行・信金・農協)	支店
(当座・普通)No.	名義人

この用紙はコピーしてご使用ください。