

令和 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：

紙おむつ等交付券（障害者用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号台	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000番台(中区)			500	
2000番台(東区)	4・5・6、7・8・9・10、 11・12・1、2・3		500	
3000番台(西区)			500	
4000番台(南区)			500	
5000番台(北区)			500	
6000番台(浜北区)			500	
7000番台(天竜区)			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。

令和 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:

紙おむつ等交付券（障害者用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号台	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000番台(中区)			500	
2000番台(東区)			500	
3000番台(西区)			500	
4000番台(南区)			500	
5000番台(北区)			500	
6000番台(浜北区)			500	
7000番台(天竜区)			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。

令和 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:

紙おむつ等交付券（障害児用）請求書

次のとおり請求します。

交付番号台	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
1000番台(中区)			500	
2000番台(東区)			500	
3000番台(西区)			500	
4000番台(南区)			500	
5000番台(北区)			500	
6000番台(浜北区)			500	
7000番台(天竜区)			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。