

令和 年 月 日

浜松市薬剤師会 御中
〒432-8023 浜松市中央区鴨江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:

紙オムツ引換券 請求書

次のとおり請求します。

	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
			500	
		4・5・6、7・8・9・10、 11・12・1、2・3	500	
			500	
			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 浜松市中央区鴨江2-11-2
TEL 455-2976 FAX 455-0627

〒
住所:
店名:
氏名:
TEL:
FAX:

紙オムツ引換券 請求書

次のとおり請求します。

	月分	使用枚数(枚)	単価(円)	合計金額(円)
			500	0
			500	0
			500	0
			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。