

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	
2000			500	
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。