

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。