

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	
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。