薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業請求様式

別紙

請求金額（令和　年　月分）：　　　　　　　　　円

本請求金額に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管しています。

令和　　年　　月　　日

薬局名：

管理薬剤師氏名：

＜添付の請求根拠資料（添付しているものに☑）＞

* 領収書
* 請求書
* その他の資料（以下に具体的に記載してください。）