

様式第1号（第4条関係）

無料低額診療事業調剤処方費助成金等請求書

請求日 平成 年 月 日

苫小牧市長 岩 倉 博 文 様

(請求者) 所 在 _____
名 称 _____
代表者氏名 _____ ⑩

下記のとおり、平成 _____ 年 _____ 月分の助成金等を請求します。

記

- 1 請求金額 _____ 円
(助成金 _____ 円
手数料 _____ 円)
- 2 対象者数 _____ 人
- 3 振込口座 金融機関名・支店名 _____
口座種別 普通 ・ 当座
口座番号 _____
口座名義 (カタカナ) _____
- 4 添付書類 調剤明細書 (診療報酬明細書) (写)