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　令和　　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　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり、令和　　　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)