

医療担当者	処理

受付印

## 調 剤 券 請 求 書

受給者番号	氏 名	生年月日	医療機関名	その月の初回 調剤年月日	処方せん 受付回数
			医科・歯科		

上記のとおり、生活保護法調剤券を請求します。

令和 年 月 日

(あて先)春日市福祉事務所長

指定薬局の所在地・名称・電話番号

開 設 者

印

- 【留意点】
- ①この請求書は、当該調剤薬局につき1枚でご記入ください。
  - ②この請求書は、月ごとに分けてご記入ください。
  - ③受給者番号及び生年月日は、必ずご記入ください。