様式第三号

年　　月分　　公害調剤報酬請求書（薬局用）

区　　分	件　　数	金　　額
請　求　額		円
※　決　定　額		円

上記のとおり請求する。

年　　月　　日

薬　局　コード

公害医療機関 ┌ 所在地
　　　　　　 └ 名　称

開設者の氏名又は名称

都道府県知事（市長）殿

注意　※印の欄は、記入しないこと。

備考　この用紙は、日本産業規格Ａ列４番黒刷りとすること。