

令和2年度松本市こうのとりのり支援事業医療費助成金 医薬品内訳書

下記のとおり医薬品を販売したことを証明します。

年 月 日

所在地  
名称  
代表者氏名

印

患者氏名 (生年月日)

(昭・平 年 月 日生)

販売月日	年 月 日				
(ふりがな) 医薬品名	製薬会社名	処方目的	処方日数	金額	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
小 計 金 額				円	

販売月日	年 月 日				
(ふりがな) 医薬品名	製薬会社名	処方目的	処方日数	金額	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
小 計 金 額				円	

販売月日	年 月 日				
(ふりがな) 医薬品名	製薬会社名	処方目的	処方日数	金額	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
			日分	円	
小 計 金 額				円	

合 計 金 額				円	
---------	--	--	--	---	--