

令和3年度松本市こうのと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 |
|---------|--|--|--|---|