

申請書に添付

支援金申請額内訳書

No	名称	所在地	保険薬局コード (10桁)	申請額 (円) (1施設当たり53,000円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

申請額合計 (円)	
--------------	--

(記載上の注意事項)

- 複数の薬局を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
(薬局以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。)
- 行が不足する場合には適宜行を追加してください。