（別記様式２）

請求書

法人の場合は本社住所、会社名、代表者氏名を記載ください

令和　　年　　月　 日

石川県知事　　馳　浩　 様

住所　〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 〇〇株式会社

　　　代表取締役　〇〇〇〇

災害救助法に基づく医療の一環として、下記薬局における災害処方箋による調剤に係る費用について、下記のとおり請求します。

記

薬局名：

請求金額 　　　　　　　　　円

（振込先）

金融機関名：

口座種類：

氏名をフルネームで記載ください

各連絡先電話番号も記載ください

口座番号：

口座名義（カナ）：

発行責任者：〇〇〇〇（連絡先：○○-〇〇-〇〇〇）

担　当　者：〇〇〇〇（連絡先：○○-〇〇-〇〇〇）