（別記様式２）

請求書

令和　　年　　月　 日

石川県知事　　馳　浩　 様

住所

氏名

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

発行責任者：

担　当　者：