様式第10号（第17条関係）

令和　　年　　月　　日

帯広市無料低額診療事業調剤処方費用助成事業薬局登録申請書

帯広市長　米沢　則寿　様

住所

事業所名

代表者職氏名

帯広市無料低額診療事業調剤処方費用助成事業実施要綱第17条の規定により受領委任払い取扱薬局の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在地 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | | |
|  | | |
| ふ り が な |  | | |
| 事業所名称 |  | | |
| 代表者職氏名 |  | | |
| 電　話 |  | FAX |  |

添付書類

（１）開設許可証の写し

（２）保険薬局指定通知書の写し

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名・支店名 |  | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　　　　・　　　　当座 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ  口座名義 |  | | | | | | | |