

分類

7 薬局用

(様式第2号－4)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和6年度）
支給申請内訳書

令和 年 月 日

4 申請施設・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する施設情報等を、別表を参考に記載ください。

※ 同一法人が複数の保険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】

(単位・円)

	名称	所在地	申請金額
1			15,000円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

申請額合計

円

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。

※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。

その場合一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。