

【記載例】

(注) 請求書(様式第2号)は、交付申請書と同時に提出してください。

様式第2号

請求書

島根県知事 様

島根県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費給付金(薬局分)について以下のとおり請求します。

1. 請求者の情報

交付申請書と同じ内容を入力してください。

請求年月日	2026 年 4 月 15			
薬局	薬局の名称	島根県庁薬局	薬局の所在地	〒 690 - 8501
	管理者氏名	島根 花子		島根県松江市殿町1番地
	保険機関コード	123XXXX		
開設者	氏名 (法人の場合法人名)	株式会社 島根県庁	開設者 住所 (法人の場合は 所在地)	〒 690 - 0887
	代表者 職名 (法人の場合)	代表取締役		島根県松江市殿町2番地
	代表者 氏名 (法人の場合)	島根 太郎		

2. 請求額

交付申請書と同額としてください。

薬局賃上げ支援事業	145,000	円
薬局物価支援事業	85,000	円
合計	230,000	円

交付決定額	230,000	円
受領済み額	0	円
おって請求する額	0	円

自動計算されるため、入力は不要です。