|  |  |
| --- | --- |
| 会員区分（所属薬剤師会・非会員） | アイテムを選択してください。 |
| 薬局名 |  |
| 保険薬局コード（10ケタ）  ※224（共通）＋各保険薬局コード（７ケタ） | 224 |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求番号（様式①の請求番号） |  |

※複数請求する場合は、ページをコピーして、様式①の請求番号順に貼付してください。

**薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業領収書等貼付台紙**

**配送費の請求の根拠となる資料（スキャン、スマートフォン等で撮影した写真等）を**

**貼付してください。**

**根拠となる資料の例：配送料・交通費の金額がわかるもの**→・配送業者の伝票の控え・請求書・領収書  
　・公共交通機関の領収書

　・移動経路の記録及び料金の記録

**[留意点]**

補助対象は、下記の①、②です。

①患者宅等へ配送業者を利用して薬剤を配送した場合の配送料【実費】

②薬局の従事者（薬剤師を除く）が患者宅等に薬剤を届けた場合の交通費【実費】

・個人情報はマスキングを行ってください。

・公共交通機関（電車・バス）の場合、領収書の発行が難しい場合があるため、

　客観的に証明できるものとして、移動経路の記録及び料金の記録で対応することも

　可能です。

・緊急時や移動手段が他にない時などにおいてタクシーを利用いただくことは

　差し支えありません。

・請求書や領収書がある場合には、配送伝票の写しの提出は不要ですが、薬局において

　は請求の根拠として適切に保管してください。

**※台紙が足りない場合は、ページをコピーしてください。**

**記録例：（電車・バスの場合）**

　①利用日

　②従事者氏名

　③目的地（届け先）

④利用交通機関名

⑤利用区間（A駅～B駅）

⑥料金