※申請に当たっては、各都道府県薬剤師会において示される様式を用いること。

別添

電話等による服薬指導等及び薬剤の配送等の実施状況

	薬局名	所在地		保険薬局コード	①当該月の応需処方箋枚数（枚）	②①のうち、電話等により服薬指導を実施した処方箋枚数（枚）	③②のうち、配送料等の請求を行う処方箋枚数（枚）
		都道府県	市区町村以降				
基本情報							

＿＿＿月分

↓「配送料等を請求するもの」の項目は、例えば近隣のため交通費の請求を不要とする場合でも、一覧表に記載した上で空欄としてください。

↓ 「当該患者の過去の来局の有無」は、対面によるものか電話等によるものかは問わない。

連番	配送料等を請求するもの（該当する行に	薬局名	保険薬局コード	配送実施年月日	薬剤の配送方法	処方箋の備考欄	配送料・交通費等（円）	本事業の補助額の上限（円）	処方箋の発行年月日	当該患者の過去の来局の有無	処方された医薬品の種類数	当該処方箋における最大処方日数（日）	調剤した薬剤の剤型（該当するものに〇）			配送料及び薬剤費等の支払方法
													内服	吸入	その他	
（例）	〇	〇〇薬局	0146543210	2020.5.15	配送業者を活用（宅配・郵便等）	CoV自宅	370	370	2020.5.14	有	1	14	〇			銀行振込
（例）		〇〇薬局	0146543210	2020.5.20	従事者が患者宅に訪問	0410対応	0	0	2020.5.18	無	3	30	〇	〇		従事者が直接受領
（例）	〇	〇〇薬局	0146543210	2020.5.21	従事者が患者宅に訪問	0410対応	500	400	2020.5.20	有	4	30	〇		〇	従事者が直接受領
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								
								0								