

様式第3号 (第4条関係)

鬼北町不妊治療助成事業調剤証明書

令和 年 月 日

鬼北町長様

調剤薬局所在地

調剤薬局名

代表者氏名

印

不妊治療を実施した主治医の処方箋により、下記のとおり調剤し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

記

調剤薬局記入欄

患者氏名 (ふりがな)	( )	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
患者住所			
処方箋交付医療機関名			
調剤月 区分	保険診療分		保険外調剤分 (自己負担額)
	薬剤費総額	自己負担額	
令和 年 4月分	円	円	円
令和 年 5月分	円	円	円
令和 年 6月分	円	円	円
令和 年 7月分	円	円	円
令和 年 8月分	円	円	円
令和 年 9月分	円	円	円
令和 年 10月分	円	円	円
令和 年 11月分	円	円	円
令和 年 12月分	円	円	円
令和 年 1月分	円	円	円
令和 年 2月分	円	円	円
令和 年 3月分	円	円	円

※不妊治療に要した薬剤費用をご記入ください。

不妊治療外の薬剤費用・文書料は、助成対象外ですので記載しないでください。