

様式第4号（第4条関係）

鬼北町不妊治療費助成事業調剤証明書

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

（ふりがな） 患者氏名	（ ）	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	
年 4 月分	円	円	円
年 5 月分	円	円	円
年 6 月分	円	円	円
年 7 月分	円	円	円
年 8 月分	円	円	円
年 9 月分	円	円	円
年 10 月分	円	円	円
年 11 月分	円	円	円
年 12 月分	円	円	円
年 1 月分	円	円	円
年 2 月分	円	円	円
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。