

様式第3号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金薬剤支払証明書

下記の者については、次のとおり人工授精の治療に係る薬剤について、医療機関の処方せんにより調剤し、これに係る薬剤費（保険外診療分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称

所在地

㊞

（院内薬局の場合は医療機関名、主治医名等を記入ください。）

- ・ 薬局記入欄（薬局等の代表者等が記入してください。）

(ふりがな)		( )		( )
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
本人負担額の内訳	区分 (処方された月)	実費負担額 (保険外診療分)		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	合計金額		円	

注 人工授精の治療のために処方された薬剤以外の費用は含めないでください。