様式第３号(第５条関係)

不妊治療費助成事業調剤証明書

　　年　　月　　日

愛南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　調剤薬局所在地

調剤薬局名

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

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。

調剤薬局記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)患者氏名 | (　　　　　　　　　　　　) | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳) |
|  |  |
| 処方箋交付医療機関名 |  |
| 　　　　　　　区分調　剤　月 | 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 |
| 合　　　計 | 円 | 円 | 円 |

※不妊治療に要した薬剤費用を御記入ください。

※不妊治療外の薬剤費用及び文書作成料は、助成対象外のため記載しないでください。