

西都市一般不妊治療費助成金交付薬剤支払証明書

以下の者については、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

印

* 薬局記入欄（太枠内以外は薬局が記入すること）

ふりがな 受診者氏名		夫			妻		
受診者生年月日			昭和 平成	年 月 日 (歳)		昭和 平成	年 月 日 (歳)
処方せん交付医療機関名							
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4月分	円					
	年5月分	円					
	年6月分	円					
	年7月分	円					
	年8月分	円					
	年9月分	円					
	年10月分	円					
	年11月分	円					
	年12月分	円					
	年1月分	円					
	年2月分	円					
	年3月分	円					
合計		円					

注1 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まないでください。

2 年度内（4月1日から3月31日）に処方された人工授精の治療のための薬剤費のみご記入ください。