

第4号様式（第5条関係）

あさぎり町不妊治療費等助成事業薬局等証明書

年 月 日

あさぎり町長 様

(薬局等)

住 所

名 称

代表者氏名

担当薬剤師氏名

下記の者については、次のとおり不妊治療（一般不妊治療・人工授精）に係る薬剤について、医療機関の処方箋により調剤し、これによる薬剤費（保険外診療分を含む）を領収したことを証明します。

※薬局記入欄（太枠内以外は薬局が記入すること）

	氏 名	生年月日及び年齢
夫	ふりがな	年 月 日生（ 歳）
妻	ふりがな	年 月 日生（ 歳）
処方箋交付医療機関名		
本人負担額の内訳	区分（処方された月）	実費負担額 （保険外診療分を含む）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	年 月分	円（うち人工授精分 円）
	合 計	円（うち人工授精分 円）

（注意）不妊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。