様式第７号(第６条関係)

不育症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　　　　　　　　　　　　　　㊞

不育症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　　月　　日～　　年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |

※不育症治療に要した薬剤費用を御記入ください。

※不育症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。