様式第３号（第５条関係）

受給者番号	2						—		（市記入欄）

高砂市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、一般不妊症の治療に係る薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

記

高砂市長　　様

薬局の名称及び所在地

代表者名　　㊞

薬局記入欄

ふりがな		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
氏　名			
領収年月日	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
薬剤名及び領収金額	薬 剤 名		金　額
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
	合　計		円