

様式第 3 号（第 5 条関係）

受給者番号	3						(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--------

高砂市不育症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、不育症に対する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	薬剤の種別	金額		
		保険適用	保険適用外	
		円	円	
		円	円	
		円	円	
		円	円	
		円	円	
		円	円	
		円	円	
		領収金額 合計（A+B）	計（A）	計（B）
	円	円	円	