

様式第3（第5条関係）

鹿児島市不育症治療費助成事業薬剤内訳証明書

医療機関の処方箋により、下記のとおり調剤したことを証明します。

年 月 日

名称

所在地

代表者

（署名又は記名押印）

処方箋交付医療機関名

(フリガナ) 氏 名	( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)
領収期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 ※1	円 (※2の合計と一致すること)		

※1 領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付してください。

【処方した薬剤費】 該当項目に  を記入し、金額を記載してください。

区 分	項 目	助 成 対 象	
		保 険	金 額 ※2
治 療	アスピリン療法	無 <input type="checkbox"/>	円
		有 <input type="checkbox"/>	円
	ヘパリン療法	無 <input type="checkbox"/>	円
		有 <input type="checkbox"/>	円
合 計			円