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】　該当項目にㇾを記入し、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□ | 円 |
| 有□ | 円 |
| ヘパリン療法 | 無□ | 円 |
| 有□ | 円 |
| 合 計 | 円 |