

様式第3号（第5条関係）

福崎町一般不妊治療受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、一般不妊治療にかか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

福崎町長 様

薬局 住所
名称
代表者名

薬局記入欄

受診者	夫 フリガナ 氏名	-----	年 月 日 (歳)
	妻 フリガナ 氏名	-----	年 月 日 (歳)
領収年月日 年 月 日～ 年 月 日			
領収金額 円 (4月～翌年3月までに領収した期間、領収金額を記入してください。)			

- ※1) 4月から翌年3月までの領収分を同年4月1日から翌年3月31日までの間に申請してください。
- ※2) 医療保険適応の内外を問いません。ただし、特定不妊治療に係る検査・治療は対象外です。サプリメント、文書料、その他一般不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外ですので、記載しないでください。