

様式第3号（第6条関係）

土庄町不育症治療費助成申請額（自己負担額）証明書

不育症治療のため実施したヘパリン療法の治療（処方）費用として、下記のとおり自己負担額を支払いました。

年 月 日

申請者氏名

生年月日 年 月 日

医療機関、調剤薬局の名称			
治療（処方）年月日		年 月 日 ～ 年 月 日	
治療（処方）年月	自己負担額	治療（処方）年月	自己負担額
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
自己負担額の合計		円	

不育症治療のため実施したヘパリン療法の治療（処方）費用として、上記のとおり自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等の

名称及び所在地

証明者職氏名

照会先電話番号

注1) 助成の対象となる自己負担額は、ヘパリン療法及びこの療法を継続するために必要な治療（処方）費用です。不育症検査の費用、ヘパリン療法以外の治療（処方）費用、ヘパリン療法と併用する薬剤投与の費用などは、含めないでください。また、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料など直接治療に関係のない費用も含めないでください。

注2) この証明書は、治療、処方を受けた医療機関、調剤薬局ごとに別々に作成してください。

注3) 医療機関等の証明がない場合は、自己負担額の確認が可能な医療機関等が発行した証明書又は領収証などを添付してください。