

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

氷川町長 様

医療機関等

住所

名称

主治医

印

氷川町一般不妊治療費助成事業医療費等証明書

年度における一般不妊治療に係る医療費等の本人負担額を次のとおり領収したことを証明します。

1 受診者等

| | |
|-----|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |

2 領収金額

| 受診等月 | 医療費（薬剤費）のうち自己負担額 |
|------|------------------|
| 4月 | |
| 5月 | |
| 6月 | |
| 7月 | |
| 8月 | |
| 9月 | |
| 10月 | |
| 11月 | |
| 12月 | |
| 1月 | |
| 2月 | |
| 3月 | |

※この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。

※受診者が添付する書類 領収書、明細書