

第3号様式(第6条関係)

桜井市不育治療等に係る領収書及び明細書

年 月 日

(宛先) 桜井市長

申請者
住 所
氏 名
電話番号

桜井市不育症治療費助成金について、領収書を添えて当該治療費の明細を報告します。

記

| 1. 治療対象者氏名 | | | | |
|------------|-------------|-----|---------------------|-------|
| 2. 支払金額 | | | | |
| 受診等月 | 医療保険診療一部負担金 | | 医療保険適用外 医療費本人支払額 | 区分 |
| | 入院 | 入院外 | | |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 月 | 円 | 円 | 円 | 検査・治療 |
| 合計 | | | | |

※この明細書は、医療機関、薬局ごとに作成し、領収書を添付してください。