

第3号様式(第6条関係)

不育治療等に係る領収書及び明細書

年 月 日

桜井市長 様

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。