## 箕面市不妊・不育治療費等助成金にかかる調剤証明書

		作成日	
令和	年	月	

所在地 : **箕面市西小路○-○-○** 

薬局 名称 : ○○薬局

電話番号 : 072-000-000

薬剤師氏名 : (薬剤師の自署) 印

(氏名欄は、薬剤師による自署または記名押印)

当薬局で、 令和 7

年度中に販売した医薬品(処方箋により調剤された薬剤に限る)について、

下記のとおり証明します。 | 調剤した年度を記載(年度ごとに1枚作成)

対象者氏名		対象者ごとに作成			生年月日	年	月	日			
処方箋を	名称										
機交関付した	医師										
対象者負担額	販売	月	対象者負担額	販売月	対象者	対象者負担額		対象者負担額			
	月分		円	月分	円		月分		円		
								-記載	円		
					( ),]%( [ 10 ]			C 10+W	円		
	J.	分	円	円月分円		円	月分		円		
	合計			円							
特記	事項										