

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

中土佐町長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

中土佐町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書

下記の者に対し、必要と認める不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

主治医が記入してください

夫	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名				
妻	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名				
治療 方法	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 (体外受精・顕微授精)	治療 期間	自	年 月 日	
			至	年 月 日	
妊娠成立 の有無	有 ・ 無	領収金額	円		