

様式第 2 号(第 5 条関係)

能美市不育症治療医療機関証明書

年 月 日

能美市長 あて

<医療機関>

住 所 :

名 称 :

代 表 者 :

電話番号 :

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費等を徴収したことを証明します。

受診者氏名(夫)	(フリガナ) -----	生年月日	年 月 日
受診者氏名(妻)	(フリガナ) -----	生年月日	年 月 日

[_____ 年度] 治療期間	助成対象となる治療費	他助成の証明書の発行
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日	円	有 ・ 無

<添付書類> 不育症検査及び不育症治療の内容がわかる医療機関発行の領収書