様式第２号（第５条関係）

御代田町不妊治療費及び不育症治療費補助金交付に係る医療機関証明書

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　御代田町長　小園　拓志　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名（性別） | （ 男・女 ） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 不妊症及び不育症のため必要な検査・治療内容  ＊　該当する番号に〇をしてください。  ＊　該当する検査・治療が複数ある場合は、それぞれの証明書を作成してください。 | １　不妊検査、人工授精、生殖補助医療  ２　男性不妊治療  ３　不育症検査、不育症治療 |
| 治療期間(当該年度中) | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 受領済保険診療適用外自己負担額  ＊　入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等は除きます。 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名（性別） | （ 男・女 ） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 不妊症及び不育症のため必要な検査・治療内容  ＊　該当する番号に〇をしてください。  ＊　該当する検査・治療が複数ある場合は、それぞれの証明書を作成してください。 | １　不妊検査、人工授精、生殖補助医療  ２　男性不妊治療  ３　不育症検査、不育症治療 |
| 治療期間(当該年度中) | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 受領済保険診療適用外自己負担額  ＊　入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等は除きます。 | 円 |