

様式第2号(第5条関係)

市川三郷町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関の
名称
主治医氏名

医療機関の記入欄 (主治医が記入してください)

受診者氏名 受診者生年月日	夫 昭・平 年 月 日(歳)	妻 昭・平 年 月 日(歳)
治療方法		
治療内容		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不妊治療を必要とした理由		
領収年月日 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日 円	

※ 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。