

様式第2号（第7条関係）

芦北町生殖補助医療費等助成事業医療機関証明書

令和 年 月 日

芦北町長 様

(医療機関)

住 所

名 称

代 表 者

印

電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

※太枠以外医療機関記入	氏 名	生年月日
夫	ふりがな	年 月 日
妻	ふりがな	年 月 日
実施状況	治療を行った期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日	
() 年度分 本人負担額の内訳 (保険適用の治療費のみ)	区分 (診療月)	実費負担額 ※
	年 月分	円

※生殖補助医療のための治療以外の費用は含めないでください。