

様式第2号（第7条関係）

芦北町一般不妊治療費等助成事業医療機関証明書

令和 年 月 日

芦北町長 竹崎 一成 様

(医療機関)

住 所

名 称

代 表 者

電話番号

印

下記の者については、次のとおり不妊治療等を実施し、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 |
| | ----- | |
| 治療方法 | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 | |
| 実施状況 | 不妊治療開始日 | 人工授精を行った期間 |
| | 年 月 日 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| () 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 |

※ 不妊治療のための治療以外の費用は含めないでください。