

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 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
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	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。