

様式第2(第4条関係)

設楽町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は妊娠の可能性が極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

㊟

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
今回の治療法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微受精			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
[今回の治療にかかった金額合計]				
特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	領収金額		円	
男性不妊治療費	領収金額		円	

注  は該当項目をチェックしてください。

\*愛知県が実施する特定不妊治療費助成事業に係る「特定不妊治療費助成事業受診証明書」の写しが提出できる場合は、この証明書に代えることができます。