

様式第2号（第6条関係）

立科町不妊治療費助成金交付事業に係る不妊治療実施証明書

年 月 日

立科町長 様

医療機関所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊞

下記の者について、不妊治療以外の治療によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないため、以下のとおり不妊治療を行なったことを証明します。

記

夫氏名 (年 月 日生)

妻氏名 (年 月 日生)

治療期間	治療内容	治療にかかった金額 (健康保険適用外診療に限る。)
～ 年 月 日 年 月 日	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精	円
～ 年 月 日 年 月 日	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精	円
～ 年 月 日 年 月 日	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精	円
～ 年 月 日 年 月 日	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精	円
～ 年 月 日 年 月 日	1 人工授精 2 体外受精 3 顕微授精	円