

様式第2号（第6条関係）

井原市不育治療助成事業受診証明書

下記の者について、不育治療を実施し、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
 医療機関の名称
 （生殖医療専門医）
 主治医氏名

印

補助事業対象者	氏 名		生 年 月 日
	夫		
	妻		
今回の治療方法	不 育 治 療		
病 名			
不育治療を必要とした理由			
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日
領 収 金 額 （治療費等）	金 _____ 円 領収年月日 年 月 日～ 年 月 日		

(注) 治療費等は、不育治療に関する治療費、検査料をいいます。したがって、入院費や食事代等直接医療に関係ないものは含みません。