

様式第2号(第5条関係)

(宛先)松阪市長

松阪市不妊・不育症治療費自己負担額助成金受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊・不育症治療を実施し、これに係る医療費等(自己負担額)を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(署名又は記名押印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	年 月 日( 歳)
	※状況に応じて記入 年 月 日( 歳)
年度における 不妊・不育症治療 に要した期間	<input type="checkbox"/> 不妊症( 年 月 日 から 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 不育症( 年 月 日 から 年 月 日まで)
不妊不育治療の 内 容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 検査・診察 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療(体外受精・顕微授精) <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療( )
領収金額	不妊・不育症治療に要した医療費のうち自己負担額(4月から翌年3月までの額)  合計 円  <内訳> ・一般不妊治療 円 ・特定不妊治療 円 ・男性不妊 円 ・不育症治療 円