様式第２号（第５条関係）

山鹿市不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者について、不妊症と診断し、下記のとおり不妊治療を実施しましたのでこれを証明します。

年　　月　　日

医療機関名
医療機関所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日 （治療開始日年齢）		年　　月　　日 （　　歳）		年　　月　　日 （　　歳）

治療実施日	治療の内容
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）
年　　月　　日	タイミング法・人工授精・その他（　　）