

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、以下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 (今回申請の治療開始日年齢)		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療期間(1) 先進医療を含む場合のみ	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療実施日	治療の種類		治療の内容	
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			
年 月 日	保険適用不妊治療 先進医療			

【留意事項】

(1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

- ・助成対象となるのは、今回の治療開始日時点で妻の年齢が43歳未満の夫婦です。
- ・申請期限は、今回申請の不妊治療を受けた日が属する月の初日から1年以内です。
- ・記入例を参考に記載ください。