第２号様式

加茂市　不妊治療助成事業受診等証明書

医療機関証明欄				
（ふりがな） 氏　　名 生年月日	夫	年　月　日（　歳）	妻	年　月　日（　歳）
検査・治療の状況 （該当するものにレ点）	□夫・妻ともに実施　□夫のみ実施　□妻のみ実施			
貴医療機関における 不妊治療開始年月日	年　月　日			
不妊治療に要した期間	年　月　日から　年　月　日まで			
上記の期間に実施した不妊検査・ 治療の内容（該当するものにレ点）	□検査（検査名：　） □タイミング療法　□体外授精 □薬物療法（内服・注射）　□顕微授精 □人工授精 □手術（　） □その他 （　）			
妊娠判定結果、中止・中断理由等				
治療に要した費用	医療保険診療分の本人負担額	円		
	医療保険診療以外の治療に係る本人負担額	円		

上記のとおり証明します。

年　月　日　　所在地

医療機関の名称

主治医氏名　　印

調剤薬局証明書欄		
投薬を要した期間	年　月　日から　年　月　日まで	
領収金額合計　※主治医の証明に基づかない日付のものは対象外です。		円

上記のとおり証明します。

年　月　日　　所在地

調剤薬局の名称

氏名　　印

●上記検査・治療に係る領収額及び費用の明細を確認できる医療機関等が発行した書類を添付してください。