

様式第 2 号（第 6 条関係）

南牧村不妊及び不育治療助成事業医師証明書

年 月 日

医療機関所在地
名 称
主 治 医 ⑩

下記の者について、不妊治療・不育治療を行ったことを証明します。

記

	氏 名	生 年 月 日
夫		
妻		
診 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
診 療 額	(保険診療適用外負担額) 円	
主 な 治 療	該当する治療方法に○をしてください。 1 不妊治療 2 不育治療 3 不妊治療及び不育治療	
特 記 事 項		