

様式第2号(第5条関係)

本巢市特定不妊治療費助成受診等証明書

年 月 日

本巢市長 様

所在地

指定医療機関名

医師名 印

次の者は、特定不妊治療(体外受精、顕微授精)を実施したことを証明します。

受診者の氏名		生年月日	
夫の氏名		年	月 日生
妻の氏名		年	月 日生
治療方法			
治療期間			
具体的な治療内容			
特定不妊治療を必要とする理由			