

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	