

様式第2号（第7条関係）

十日町市不育症治療費医療機関証明書

下記のとおり不育症の治療を実施したことを証明します。

令和 年 月 日

十日町市長 様

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

治療を受けた者の氏名	( 年 月 日生)
検査・治療の期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ※他の医療機関での検査・治療がある場合は、その期間も含めてください。 他の医療機関での検査・治療の実施 有（医療機関名 ） ・ 無
治療の結果	出産 ・ 流産等 ・ その他（ ）
検査・治療の内容	院外処方 有 ・ 無 ※検査を実施した場合は、検査の内容も記載してください。
検査・治療に要した費用	_____ 円 ※他院での検査費、治療費や院外処方の薬剤費も含めてください。 ※文書料、食事代、出産費用、入院時の差額ベッド代等直接不育症治療に関係ないものは含めないでください。 ※消費税は含めないでください。

※結果が「不育症でない」場合の検査費用及び治療費は、助成の対象となりません。