

様式第2号（第4条関係）

木島平村不妊及び不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

木島平村長 様

医療機関

住 所

名 称

主治医

印

実施した不妊及び不育症治療について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
今回申請の治療開始年月日		年 月 日	
治療の内容	不妊治療・不育症治療（どちらかに○印をし、治療内容を記入してください）		
特記事項			