

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         |                                     |       |       |