

第2号様式（第5条第1項第1号）

栄町不妊治療費等助成に関する証明書

次のとおり、（不妊・不育症※○で囲む）治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

栄町長 様

医療機関名称

所在地

電話番号

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

フリガナ				
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
診断名				
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
治療内容				