

様式第2号(第4条関係)

一般不妊治療費助成金受診等証明書

甲斐市長 様

次の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る治療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)			
ふりがな 受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回の治療方法	※今回行った一般不妊治療について○をつける、または記入してください。 1. タイミング療法 2. 排卵誘発法 3. 人工授精 4. その他 ()		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療期間は年度をまたいでも構わない。		
妊娠成立の有無	有 ・ 無		
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額	領収金額 _____ 円 ※今回の一般不妊治療に要した治療費用。 ※今回の治療の中であわせて山梨県不妊検査費助成を申請する場合、その不妊検査に係る費用は除く。		