様式第２号(第５条関係)

中央市不妊治療費等助成金受診証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

所　在　地
医療機関名
主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）				
フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年　月　日(　歳)		年　月　日(　歳)

今回の治療期間	年　月　日 ～　年　月　日
今回、当該患者が行った不妊治療について○を又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・体外受精　5・顕微授精　6・手術療法 7・精巣内精子生検採取法　8・精巣上体内精子吸引採取法 9・その他精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術 10・その他（　）	
上記の治療を必要とした理由等について記入してください。(※1)	
妊娠成立の有無	有　・　無
領収期間 領収金額	年　月　日 ～　年　月　日 不妊治療に要した費用　円(※2) 男性不妊治療に要した費用　円(※2)

※1　治療を中断した場合は、主治医はその経過についても記入してください。
※2　費用には、文章作成料、入院室料、食事等直接治療に関係のない費用は含まないものとする。