

様式第2号(第5条関係)

西粟倉村不妊治療助成事業受診証明書

年 月 日

西粟倉村長 様

医療機関

所在地

名 称

主治医

印

次のとおり実施したので、証明いたします。

受診者	氏 名		生年月日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
不妊治療を必要とした理由			
治療方法			
治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
領収金額	領収年月日 年 月 日～ 年 月 日		
	_____円 (自費分(注))		

(注) 助成の対象となる経費は、西粟倉村不妊治療助成事業実施要綱第3条別表に定める不妊治療に要した費用となります。入院時の差額ベッド代、食事代等治療に直接関係のない費用は除きます。