

様式第2号
(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医師証明書

年 月 日

山ノ内町長 様

医療機関

住 所

名 称

主治医

㊞

下記の者については、不妊・不育症治療が必要であることを認めます。

記

| | | | |
|----------------|-------------------|-------|-------|
| 夫の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 妻の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 不妊及び不育症治療開始年月日 | | 年 月 日 | |
| 治 療 内 容 | 不妊治療 不育症治療 | | |
| 特記事項 | | | |

