

(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

印

下記の者について、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
治療種別	不妊治療	不育症治療	
開始期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	
治療内容			
特記事項			