

## じょうり市不育症治療費助成事業受診等証明書

次の者については、じょうり市不育症治療費助成事業実施要綱第2条第1号の規定により、流産、死産のいずれかの状態に合計2回以上該当した既往があることから、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る費用を以下のとおり領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

※1 院外処方等で、別途費用が発生する場合は、当該費用の記載は不要です(領収書の添付が必要です)。

※2 医療保険の適用分の治療等を医療保険の適用外分として対象者に請求した場合の本人負担額は、助成の対象外なので記入しないでください。
