

様式第2号(第5条関係)

富士川町不妊治療費等支援事業受診等証明書

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、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の 所在地
名 称

主治医氏名

医療機関の記入欄 (主治医が記入してください)

受診者氏名 受診者生年月日	夫	ふりがな 年 月 日(歳)	妻	ふりがな 年 月 日(歳)
治療方法				
治療内容				
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
院外処方の有無	有・無(有の場合は、院外処方の投薬料も対象になります。)			
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日 領収金額	年 月 日～ 年 月 日 円 ※要領収書添付			

※ 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

※ 不妊治療に関する費用以外の費用(文書料、個室料、入院費、食事代等をいう。)は、記入しないでください。

※ 上記の領収金額と添付された領収書の額が一致していることを確認してください。

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添付)

様式第3号(第5条関係)

同 意 書

別紙「富士川町不妊治療費等支援事業補助金申請書」(様式第1号)記載のとおり相違ありません。

なお、助成の適正を判断するため必要な場合は、富士川町及び富士川町以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

年 月 日

申請者氏名：



(夫及び妻が自署押印してください。)