

様式第2号

北方町特定不妊治療費助成受診等証明書

年 月 日

北方町長 様

所在地

医療機関名

医師名



次の者は、特定不妊治療（体外受精、顕微授精）を実施したことを証明します。

夫の氏名		生年月日	年 月 日生
妻の氏名		生年月日	年 月 日生
治療方法			
治療期間			
具体的な治療内容			
特定不妊治療を必要とする理由			