



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 |  |      |        |