

様式第2号（第5条関係）

四国中央市不育症治療助成事業受診等証明書

年 月 日

四国中央市長 様

医療機関 所在地
 名称
 主治医 氏名
 （署名又は記名押印）

次の者から不育症治療に係る費用を下記のとおり領収したことを証明します。

ふりがな 妻の氏名		ふりがな 夫の氏名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
不育症治療を必要とした原因	<input type="checkbox"/> 流産（ 回） <input type="checkbox"/> 死産（ 回） <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
治療内容	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> ステロイド療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
領収金額	円		

注 治療期間は、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産等含む。）までの期間を記入してください。