

医療機関で記入してもらってください（文書料は助成対象外です）

様式第2号(第5条関係)

信濃町不妊及び不育症治療助成事業受診等証明書

年 月 日

信濃町長様

医療機関

所在地

名称

主治医

電話番号

下記の者について、不妊及び不育症治療が必要であることを認めます。

記

以下について確認し、□にレ点を入れてください。

- 当該患者及びそのパートナーが婚姻関係にあること（法律婚）
- 当該患者及びそのパートナーが、治療により、出生した子について認知を行う意向があること（事実婚）

夫の氏名		生年月日	年月日
妻の氏名		生年月日	年月日
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
不妊治療の内容			
不育症治療の内容			
特記事項			