様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

　袖ケ浦市長　　　　様

不妊治療受診等証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 医療機関名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　　　下記の者について、不妊治療を行ったことを証明します。

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者氏名 |  |  |
| 受診者生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 今回の治療内容  （保険診療に該当する内容のみ） | □タイミング法　　□人工授精  □体外受精　　　　□顕微授精　　　□男性不妊の手術 | | | |
| 今回の治療における院外処方の有無 | 不妊治療に関する処方に限る  □有　　　　　　□無 | | | |
| 今回の治療期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |

　　※　不妊治療費等助成事業の申請期間は、１回の治療が終了した日の翌日から１年以内です。