

様式第2号（第4条関係）

上里町不妊治療実施証明書

申請者記入欄		夫	妻
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	現住所		

医療機関証明欄	不妊治療に要した期間		年 月 日から		年 月 日まで			
	不妊治療内容等	体外受精又は顕微授精	A	B	C	D	E	F
		その他の不妊治療	A又はBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精			
			<input type="checkbox"/> タイミング法	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 検査・検診			
		<input type="checkbox"/> 画像診断・処置	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> その他				
	医療保険適用外の医療費額				円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	年 月 日	所在地	医療機関の名称		医師の氏名		印	
保険薬局証明欄	医療保険適用外の薬剤額				円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	年 月 日	所在地	薬局の名称		薬剤師の氏名		印	

(注) 証明いただく医療費額は、不妊治療に要した医療保険適用外の費用のみ（自己負担3割分は含まない。）の夫婦合算額としてください。なお、文書作成料は助成対象外です。

\* 上里町記載欄 領収書集計表

No.	年月日	領収書の金額	助成対象額	No.	年月日	領収書の金額	助成対象額
1		円	円	6		円	円
2		円	円	7		円	円
3		円	円	8		円	円
4		円	円	9		円	円
5		円	円	10		円	円
助成対象合計額							円