

様式第1号の2（第5条関係）

不妊・不育症治療費助成事業治療証明書

年 月 日

次の者については、不妊治療又は不育症治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

医療機関等 住 所
名 称
代 表 者

1 受診者

住 所	伊那市
氏 名	

2 医療機関証明欄（治療内容については医師が記入すること。）

治療名		
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
領収金額	*治療費のうち自己負担額分 領収金額 円	
○今回の治療内容の詳細について記入してください。 ※保険適用の治療にも関わらず適用しない場合は、その理由を記載すること。		
領収額明細	※医療機関証明欄	市担当者記入欄
治療年月	自己負担額	(保険及び高額療養費適用等確認)
年 4 月	円	
5 月	円	
6 月	円	
7 月	円	
8 月	円	
9 月	円	
1 0 月	円	
1 1 月	円	
1 2 月	円	
1 月	円	
2 月	円	
3 月	円	
合計	円	滞納確認 <input type="checkbox"/> 、福祉医療等確認 <input type="checkbox"/>

※ 医療機関発行の領収書の原本を申請時に必ず提出すること。領収額明細は、医療機関発行の書式でも可

※ 県の助成を受けた場合は、「長野県の不妊等助成事業助成決定通知書の写し」を添付すること。