

様式第2号（第4条関係）

本庄市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	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 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 A又はBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
		その他の不妊治療	<input type="checkbox"/> 検査・診察 <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。

\*本庄市記載欄 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