朝日村不妊治療助成事業受診等証明書

１　医療機関又は保険薬局の証明欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 | 妻 |
|  |  |
| 申請年度における  不妊治療期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | |
| 病名・治療方法等 |  | |
| 治療費（薬剤費）  のうち自己負担額 | 円 | |
| 上記のとおり不妊治療を実施したことを証明します。  年　　月　　日  　　　　　医療機関・保険薬局　住所  　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称） | | |

２　不妊治療に係る受診者自己負担額の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （医療機関記入欄） | | （村記入欄） |
| 治療年月 | 受診者自己負担額 | 治療費確定額 |
| 年　４月 | 円 |  |
| ５月 | 円 |  |
| ６月 | 円 |  |
| ７月 | 円 |  |
| ８月 | 円 |  |
| ９月 | 円 |  |
| １０月 | 円 |  |
| １１月 | 円 |  |
| １２月 | 円 |  |
| 年　１月 | 円 |  |
| ２月 | 円 |  |
| ３月 | 円 |  |
| 合　　計 | 円 | 円 |

（注）この証明書は、申請年度内（４月１日から翌年３月31日まで）の不妊治療について、医療機関及び保険薬局が異なるごとに作成してください。