様式第２号（第７条関係）

田上町不妊治療費助成事業受診等証明書

<table>
<tr><th colspan="2">医　療　機　関　証　明　書</th></tr>
<tr><td rowspan="2">不妊治療を受けた者の氏名</td><td>（ふりがな）</td></tr>
<tr><td>（生年月日：　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>不妊治療に要した期間</td><td>年　　月　　日から　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>不妊治療の内容及び要した費用
※不妊治療を行うに当たり行った検査を含む。</td><td>○治療方法の該当箇所に記入してください。
・タイミング療法　実施（　　）回
・排卵誘発法　　実施（　　）回
・人工授精　　実施（　　）回
・体外受精　　実施（　　）回
・顕微授精　　実施（　　）回
・その他（　　）
院外処方　　□ 有　・　□ 無

○治療に要した費用
・医療保険各法の適用を受ける治療
自己負担額　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり証明します。
年　　月　　日
医療機関　所在地
名　称
主治医氏名
（宛先）田上町長</td></tr>
<tr><th colspan="2">調　剤　薬　局　証　明　書</th></tr>
<tr><td>投薬を要した期間</td><td>年　　月　　日から　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">○投薬に要した費用（薬剤費、調剤費を含む）　　円

上記のとおり証明します。
年　　月　　日
調剤薬局　所在地
名　称
主治医氏名
（宛先）田上町長</td></tr>
</table>

注）「院外処方」については、医療機関で院外処方を出した場合は、「有」の□に「✓」印を記入してください。「無」の場合は、治療期間内であっても調剤薬局での費用は助成対象となりません。