

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関記入欄

ふりがな			
氏名	夫		妻
生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の治療方法	1 体外受精      2 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療費※	(不妊治療のうち体外受精又は顕微授精に係る保険適用外の自己負担金) 円		
<p>年 月 日</p> <p>上記のとおり不妊治療（体外受精・顕微授精）されたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">【医療機関】</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p>			

(注意)

- 1 助成対象となる不妊治療費は、治療費及び検査料です（入院費、食事代、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。）。
- 2 当該不妊治療費（体外受精・顕微授精）に係る領収書の写し及び福岡県不妊治療費助成承認決定通知書の写しを添付してください。

申込者記入欄

県の助成金の給付がある場合	円
みやこ町不妊治療費の助成申請額 (自己負担金 - 県助成金)	(※1,000円未満切捨て)  円

医療機関発行の領収書を添付のこと（裏面添付又は別添）

領 収 書 の 添 付 箇 所