様式第２号（第６条関係）

医 療 機 関 受 診 等 証 明 書
（さくら市不妊治療費補助金交付申請用）

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">治療を受けた夫婦の氏名</td><td>夫</td><td></td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>妻</td><td></td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>治　療　名</td><td colspan="4">□人工授精　　□体外受精　　□顕微授精
□その他（　　）
※該当する治療すべてにチェックしてください。</td></tr>
<tr><td>治 療 期 間</td><td colspan="4">年　　月　～　　年　　月</td></tr>
<tr><td>妊娠の有無</td><td colspan="4">□あり　　□なし　　□不明</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治　療　費</td><td colspan="4">不妊治療費の自己負担額の合計額　＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内　訳</td><td colspan="3">保険診療の自己負担額の合計額　＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
<tr><td colspan="3">保 険 適 用 外 の 合 計 額　＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。

年　　月　　日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名　　印</td></tr>
</table>

※　治療期間は、治療開始日から妊娠判定日、医師の判断による治療終了日等を記入してください（同一年度内に終了日を迎えた治療については、複数回分をまとめて記入することも可能です。）。

※　文書料、個室料、入院時食事療養費等の不妊治療に直接関係ない費用は除いてください。