様式第６号（第５条関係）

安芸太田町不育症検査・治療費助成申請に係る証明書

次の者について、不育症検査・治療を実施し、これに係る治療費等を受領したことを証明します。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日  　（　　　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒731-  安芸太田町大字  電話（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 領収金額 | | 円　　　　※窓口で支払った金額の合計  領収書年月日　　　　　年　　月　　日　　から　　　　年　　月　　日 | | |
| 今回の治療期間 | | 年　　　月　　　日　　か　ら　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 不育症検査・治療を  必要とした理由 | |  | | |
| 主な治療等内容 | | 主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |

注）貴医療機関において実施助成対象となる不育症検査・治療に係る費用を窓口で支払った金額（入院治療費及び食事代を含む。ただし、差額ベッド代及び病衣等日用品代は含めない。）当該証明書の発行に係る文書料を徴収する場合にはその金額も含めた合計額を記入してください。