

様式第 2 号

南阿蘇村こうのとり支援事業助成申請に係る証明書

年 月 日

南阿蘇村長 様

医療機関の所在地

医療機関の名称

⑩

(主治医名 )

次のとおり証明します。

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)				
(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	生 年 月 日	S・H 年 月 日 ( 歳)
	妻	( )		S・H 年 月 日 ( 歳)
不妊症・不育症 の原因と思わ れる疾患など				
主な治療・検査 内容				

注)・助成対象となる治療内容は、不妊・不育治療に要したものとし、それ以外の生活習慣病等の治療は含みません。

- ・受診した翌月から 6 ヶ月以内に申請して下さい。
- ・治療内容が変更になった際は、新たに本証明書を提出してください。