

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

㊟

(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	年 月 日( 歳)
	妻	( )		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	【治療期間】 年 月 日 ~ 年 月 日			

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。

・治療を受けた月の翌月から6ヶ月以内に申請して下さい。