

様式第2号(第6条関係)

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

(あて先) 南阿蘇村長

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
	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	【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の(医療機関が証明する治療期間及び治療・検査内容に係るもの)とし、それ以外の期間及び内容(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。
- ・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下さい。