

様式第2号（第6条関係）

不妊・不育症治療助成事業医師証明書

年 月 日

中野市長

あて

医療機関

所在地

名称

主治医

印

不妊・不育症治療助成事業について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
	不妊治療		不育症治療
治療期間	～	年 月 日 年 月 日	～ 年 月 日 年 月 日
治療の内容			
特記事項			