様式第2号（第5条関係）

一般不妊治療医師証明書

　　年　　月　　日

（あて先）松江市長

医療機関等

所在地

名　称

医　師

下記の者については、不妊治療が必要であることを証明します。

記

　太枠内は、申請者が記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受診者氏名 | 夫 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 妻 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　日 | 　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 住　所 |  |  |
| 最初の受診日（※） | 年　　　　月　　　　日　受診 |
| 不妊治療の内容 | チェック又は記入をしてください。□ 検査（治療の一環によるものに限る） □ タイミング療法□ 排卵誘発法（内服・注射） □ 人工授精□ その他：手術療法等に関しては〔　　〕内に詳細を記入してください。 |
| 院外処方の有無 | * 有　　□　無
 |
| 他の医療機関で行った検査 | □有□無 | 有の場合 | 【医療機関名】【検査内容】 |
| 特 記 事 項 |  |

（注１）複数の医療機関を受診する場合は、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

　（ ※ ）最初の受診日の欄には、補助金の対象となる治療にかかる初診日を記入してください。