

第 2 号様式（第 6 条関係）

富里市不育症治療受診等証明書

年 月 日

富里市長 様

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

印

電話番号

下記のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年	月 日（ 歳）
	住所			
主な治療又は 検 査 の 方 法				
治 療 期 間		年	月 日から	年 月 日まで
不育症治療等 の実施の理由				
治 療 費		医療機関領収金額 円		