

高森町こうのとり支援事業助成申請に係る証明書

高森町長 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)				
フリガナ 受診者氏名	夫		生	S・H 年 月 日(歳)
	妻		年 月 日	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】 令和 年 月 日 ~ 令和 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。

・最終治療を受けた日の属する月の翌月から6ヶ月以内に申請して下さい。