様式第２号

高森町こうのとり支援事業助成申請に係る証明書

　　年　　月　　日

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） |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日(　　歳） |
| 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とし、それ以外の生活習慣病等の治療は

　 　含みません。

　 ・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。