

小松市不育治療支援事業受診等証明書

令和 年 月 日

（あて先）小松市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記のとおり、不育治療を実施し、これに係る治療費等を徴収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間 （平成24年4月以降の期間）	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額	上記期間の治療にかかった金額合計  円			

※添付書類：不育症治療およびそれに付随する検査の内容が分かる医療機関発行の領収書