第２号様式（第５条関係）

松田町不育症治療受診等証明書

（提出先）松田町長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  | |
| 住所 | 松田町 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 診断及び治療を実施した  医療機関  （異なる医療機関が治療を実施した場合は以下の※欄に記入してください。） | 治療の期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | |
| 診断名 |  | |
| 治療が必要な  理由と  治療内容 | 該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。  □免疫異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □内分泌異常　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □夫婦染色体異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □子宮異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 治療費  (保険外診療に限る) | 円 | ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。 |
| 上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。  　 年 　　月　　 日    　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　医療機関　名　称  　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| ※治療を実施した医療機関 | 治療の期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | |
| 診断名 |  | |
| 治療が必要な理由と  治療内容 | 該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。  □免疫異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □内分泌異常　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □夫婦染色体異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □子宮異常　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 治療費  (保険外診療に限る) | 円 | ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。 |
| 上記のとおり、不育症治療等を継続して行ったことを証明します。  　 年 　　月　　 日    　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　医療機関　名　称  　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

注１ 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注２ 証明内容については、本人同意のもと、松田町職員が問い合わせをする場合があります。