

様式第4号(第6条関係)

御所市男性不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

御所市長

医療機関等
所在地
名称
代表者
電話番号

印

下記のとおり、男性不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日生
受診者氏名(夫)			
ふりがな		生年月日	年 月 日生
配偶者氏名(妻)			
病 名			
手 術 日	年 月 日		
本人負担額	円		
内 容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術		
体外受精又は顕微授精 を実施する医療機関名			
特記事項			

注1 食事代、入院費及び本証明書発行料は、助成の対象となりません。

2 申請は年度につき1回となります。年度をまたぐ場合は、分けて証明してください。

3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。