別記様式第２号（第６条関係）

大泉町不育症治療費助成事業医師証明書

年　　月　　日

大泉町長　　様

医療機関
住　所
名　称
主治医　　印

不育症治療について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年　　月　　日
妻の氏名			年　　月　　日
不育症治療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
治 療 費	（保険診療適用外負担額）　　円		
治 療 内 容			
特 記 事 項			