

様式第2号(第6条関係)

不妊治療通院に係る交通費の助成金事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療実施のために通院したことを証明します。

令和 6 年 0 月 0 日

名護市長 様

医療機関の名称及び所在地 沖縄県△△市△△町△一△

主治医氏名 000 00 印

医療機関記入欄

受診者氏名	名護 花子	生年月日	昭和0年0月0日
貴医療機関における治療開始年月日	令和3年0月0日		
今年度の治療期間	令和5年0月0日～令和6年0月0日		

【通院日】※1

(通院日は該当年度の4月1日から翌年3月末までの日付を記入して下さい。)

令和5年4月0日	令和5年11月0日
令和5年4月0日	令和5年12月0日
令和5年8月0日	令和5年12月0日
令和5年8月0日	令和5年12月0日
令和5年8月0日	令和6年1月0日
令和5年11月0日	令和6年1月0日

※1「通院日」欄は、対象者が不妊治療（先進医療による不妊治療を含む。）のために通院した日を記入してください。

なお、治療を伴わない通院（薬の処方若しくは受取又は治療費の支払等のみの通院）は、不妊治療通院交通費助成の支給対象外ですので、通院日数に算入しないで下さい。

* 証明書をご記入する医療機関の方へ *

夫婦一組に対し、1回の通院につき3千円(年度上限12回/3万6千円)を支給する事業に係る証明書となります。

※年度(4月1日～翌年3月末)内で、治療のために通院した日をご記入ください。

※治療が前年度からの引き続き、又は年度を越えて続く場合も、該当年度内で通院した日付をご記入ください。

※同じ月内で何度も通院されている場合は、それぞれの日付で通院日を記入できます。