

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 年 月 日

名護市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

受診者 氏名		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
今年度の治療期間	令和 年 月 日	～令和 年 月 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 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 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。