様式第２号（第６条関係）

寄居町生殖補助医療費補助金交付に係る実施証明書

年　　月　　日

（宛先）
寄居町長

（生殖補助医療実施医療機関）所在地
医療機関名
主治医氏名

次のとおり、標記補助事業の対象となる生殖補助医療を実施したことを証明します。

ふりがな 夫の名前		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
ふりがな 妻の名前		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
治療方法	□特定不妊治療（　体外受精　、　顕微授精　） □男性不妊治療 □先進医療　（下記該当項目に☑）		
主な 治療内容	※先進医療の実施した場合は、先進医療技術名を必ず記載		
治療期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		

治療費 【自己負担額】		**保険診療**	保険診療と併用して行う **先進医療** ※保険外診療
	特定不妊治療	円	円
	男性不妊治療	円	円
妊娠の有無		□　有　・　□　無	

【備考】
治療費は、保険適用外の治療とし、入院時のベッド代、食事代や文章代等の費用は含みません。