山梨市妊活応援事業（不妊治療費助成事業）受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

医療機関の記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名 受診者生年月日	夫	ふりがな 昭・平 年 月 日 (歳)	妻	ふりがな 昭・平 年 月 日 (歳)
治療方法				
治療内容				
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
不妊治療を必要とした理由				
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額	円 ※要領収書添付			

※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

医療機関発行の領収書添付箇所
(裏面添付又は別添可)