

別記第2号様式（第6関係）

稚内市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

稚内市長 様

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

⑩

次の者は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法による妊娠の見込みがない又は極めて少ないと判断したため、特定不妊治療を実施したことを証明します。

1 受診者氏名	夫	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
		()	S・H 年 月 日
	妻	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日
		()	S・H 年 月 日
2 治療が必要な理由			
3 今回の治療法	体外受精 ・ 顕微授精		
4 治療内容※			
5 治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
6 治療継続 医療機関			
7 備考			

※治療を中断した場合は、その理由を記入してください。