

様式第3号(第5条関係)

磐梯町こうのとり支援事業(不育症治療)医療機関証明書

受診者	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
診断及び治療 実施医療機関	受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名	
	※該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 ( ) <input type="checkbox"/> 内分泌異常 ( ) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ( ) <input type="checkbox"/> 子宮異常 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記のとおり、不育治療を行ったことを証明します。 年 月 日 所在地 (医療機関) 名称 医師名 印	

※証明内容について、本人同意のもと磐梯町職員が問い合わせする場合があります。