

様式第2号（第3条関係）

白馬村不妊・不育症治療費補助金交付事業医療機関及び保険薬局証明書

不妊・不育症 治療開始年月日	年 月 日	病名	
不妊・不育症治療期間	年 月 日 年 月 日	治療の内容	該当する番号に○をしてください。 1 診 察 2 検 査 3 処 置 4 ホルモン剤等 5 その他
医療費、薬剤費のうち 自己負担額	円		

患者氏名 _____  年 月 日  医療機関・保険薬局 住 所  氏 名 _____ 印
---

\* 不妊治療及び不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。