

別記様式第2号（第5条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関記入欄

(フリガナ) 氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の 治療方法	1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。			
今回の 治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
治療額(食事療養費 は除く)	不妊治療のうち体外受精又は顕微授精 に係る保険適用外の自己負担金			円
年 月 日 上記のとおり不妊治療（体外受精・顕微授精）をされたことを証明します。 医療機関 所在地 名称 氏名				

(注意)

- 1 助成対象となる不妊治療費は、治療費・検査料です。(入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除きます。)
- 2 当該不妊治療費（体外受精・顕微授精）に係る領収書の写し・福岡県不妊治療費助成承認決定通知書の写しを添付してください。

申請者記入欄

県の助成金額の給付がある場合	円
吉富町不妊治療費の助成申請額 (自己負担分 - 県の助成金額)	(※100円未満切捨て) 円

