

稲沢市不妊治療費補助金事業受診等証明書 (43歳以上)

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

[illegible]

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

[illegible]

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。
- 2 ☐ は該当項目をチェックしてください。
- 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「薬局徴収分」の「自己負担額」の欄へ薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
- 5 ②④の対象は、43歳以上で年齢を理由に自費診療となった不妊治療（42歳以下で保険診療の内容）とします。
- 備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

R7 年は 3 月分斜線！！