様式第2号の3(第5条関係)

年　　月　　日

邑南町長　　　　様

医療機関

住所

名所

医師　　　　　　　　　　印

不育症治療医療機関証明書

　下記の者については、不育症の治療が必要であること(又はあったこと)を証明します。

記

太枠内は、申請者が記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受診者氏名 | 夫 | 　 | 妻 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 不育症治療を必要とした理由（既往歴等） | □流産（　　　　回）　　□死産（　　　　回）※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限ります。　　ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。 |
| 治療期間 | 治療開始 | 年　　　　月　　　　日　～　　　年　　　　月　　　　日※今回の妊娠について、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産を含む）までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。 |
| 主な治療内容 | □抗血小板治療法　□抗凝固体療法　□漢方療法　□ホルモン療法□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連携医療機関 | 医療機関名：理由：有・無 |
| 特記事項 | 　 |

注意事項

　(1)　規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄にその旨を記入してください。

　(2)　他の医療機関を紹介等した場合、その理由及び医療機関名を記入してください。

　(3)　自己都合により複数の医療機関に受診する場合にはそれぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

　(4)　治療を中断した場合は、その経過を特記事項欄に記入してください。