

富士見町不妊及び不育症治療助成事業  
受診医療機関医師証明書

年 月 日

富士見町長 様

医療機関所在地

名 称

医師氏名

電話番号

不妊及び不育症について、下記のとおり証明します。

記

以下について確認し、□にレ点を入れてください。

- 当該患者及びそのパートナーが婚姻関係にあること（法律婚）
- 当該患者及びそのパートナーが、治療により、出生した子について認知を行う意向があること（事実婚）

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
治療開始年月日		年 月 日	
不妊治療の内容			
不育症治療の内容			
特記事項			