

様式第2号の2(第7条関係)

「富士河口湖町ようこそ赤ちゃん事業」男性不妊治療受診等証明書

下記の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る治療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
 名称  
 主治医氏名



医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

受診者	夫	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	妻	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
治療内容		<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術		
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
領収年月日	年 月 日			
領収金額	_____ 円 ※領収書の金額と一致していることを確認してください。			

注1 本事業の助成対象となる治療は、特定不妊治療に至る過程の一環として行われる手術等です。

2 文書作成料等直接治療に関係のない費用は助成対象となりません。