

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」不育症治療受診等証明書

下記の者については、不育症治療を実施し、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

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
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。			
治療内容	<input type="checkbox"/> ヘパリン <input type="checkbox"/> 低容量アスピリン <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他( )			

注) 入院時の差額ベッド代、食事代又は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。