

不妊治療費助成事業医師証明書

年 月 日

小布施町長 桜井昌季 殿

医療機関

住 所

名 称

主治医

下記の者については、不妊治療が必要であることを認めます。

記

夫の氏名		生年月日	年	月	日
妻の氏名		生年月日	年	月	日
主たる治療					
特記事項					