

不妊治療費助成事業受診等証明書

医療機関記入欄

	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○をつけてください。	
	精子回収の有無 1. 有 2. 無 1. 精巣内精子回収法(TESE) 3. 精巣内精子吸引法(TESA) 2. 精巣上体精子吸引法(MESA) 4. 経皮的精巣上体精子吸引法(PESA) 該当する番号に○をつけてください。	
今回の治療期間	年 月 日 ~	年 月 日
治療額	不妊治療のうち体外受精又は顕微授精に係る保険適応外の自己負担金	円
	男性不妊治療に係る保険適応外の自己負担金	円
<p>上記のとおり不妊治療(体外受精・顕微授精)・男性不妊治療されたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p style="padding-left: 40px;">所在地</p> <p style="padding-left: 40px;">名 称</p> <p style="padding-left: 40px;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊞</p>		

- 1 助成対象となる不妊治療費・男性不妊治療費は、治療費、検査料です。(入院費、食事代、文書料等治療に直接関係のない費用を除きます。)
- 2 不妊治療費(体外受精・顕微授精)・男性不妊治療費に係る領収書を添付してください。

申請者記入欄

県の助成金額の給付がある場合	円
芦屋町不妊治療費の助成申請額 (自己負担分－県の助成金額)	(※1,000円未満切捨て) 円

※医療機関発行の領収書添付(裏面添付又は別添)

様式第2号（第5条関係）

（裏 面）

領
収
書
の
添
付
箇
所

（添付書類）

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）及び治療に要した領収書
- 2 福岡県の承認決定通知書の写し