

野田市不育症治療費の助成に関する証明書

年 月 日

(宛先) 野田市長

医療機関の名称

所在地

主治医氏名 (自署の場合は印鑑不要)

印

不育症の診断後、その治療等を実施したことを証明します。

受診者氏名	夫		生年月日	夫	年 月 日
	妻			妻	年 月 日
診断名					
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
治療内容					