様式第４号（第５条関係）

不妊治療費助成金認定証明書
（その他の不妊治療）

＊次の事項について証明をお願いいたします。

<table>
<tr><td rowspan="6">医療機関記入欄</td><td>受診者氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日（　歳）</td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>治療期間</td><td colspan="2">年　月　日　～　年　月　日
※治療期間は申請年度内（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）を記入する</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="2">1　診察　2　検査　3　処置　4　投薬
5　人工授精　6 その他医師が認めた不妊治療</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険適用外負担額　円</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり証明します。
年　月　日　（医療機関住所・名称・主治医氏名）
㊞</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険薬局記入欄</td><td colspan="3">保険適用外負担額　円</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり証明します。
年　月　日　（保険薬局住所・名称・薬剤師氏名）
㊞</td></tr>
</table>

＊申請年度（４月１日～翌年３月３１日）期間内の**不妊治療に要した保険適用外負担額のみ**を、医療機関と保険薬局それぞれに証明していただきます。夫婦合算額をご記入ください。

＊文書作成料、入院時差額ベッド代、食事代、保険診療負担額、その他市長が別に定める費用は、助成対象外です。

＊夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供を受けた治療及び代理懐胎によるものは、助成対象外です。