

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

氷川町長 様

医療機関等

住所

名称

主治医

印

氷川町一般不妊治療費助成事業医師証明書

一般不妊治療について、下記のとおり証明します。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日生
妻の氏名		生年月日	年 月 日生
今回の治療開始年月日		年 月 日	
一般不妊治療の内容			
特記事項			