

様式第2号（第4条関係）

野沢温泉村不妊及び不育症治療費助成事業医師証明書

年 月 日

（提出先）
野沢温泉村長

医療機関等
住 所
名 称
主治医

⑩

下記の者については、不妊及び不育症の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
不妊及び不育症治療開始年月日			年 月 日
治療内容	不妊治療 不育症治療		
特記事項			