

第1号様式の2（第7条関係）

年 月 日

住 所
申請者 氏 名
電話番号

鈴鹿市不妊治療費助成金実績報告書

医 療 機 関 等 証 明 欄	
不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療費等	保険診療適用外本人負担額 円
不妊治療の内容	人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関等 名 称 氏 名	

備考

- 1 診察の状況を医療機関等証明欄へ記入してもらってください。
- 2 治療費等欄は、保険診療適用外の人工授精，体外受精及び顕微授精に要した本人負担額のみとしてください。（証明書費用も助成金に含まれます。）