様式第2号（第5条関係）

不育症治療医師証明書

平成　　年　　月　　日

江津市長　様

医療機関等
住　所
名　称
医師名　　㊞

下記の者について、不育症治療を実施したことを証明します。

太枠内は、申請者が記入してください。

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年　　月　　日		年　　月　　日
不育症治療を必要とした理由（既往歴等）	□流産（　　回） ※助成金の交付は２回以上の流産等がある場合に限ります。 ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。 （　　）			
治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日 ※今回の妊娠について、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産等含む）までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。			
主な治療内容	□抗血小板療法（　　） □抗凝固体療法（　　） □ホルモン療法（　　） □免疫抑制療法（　　） □漢方療法（　　） □その他（　　）			
出生の状況	□有　　□無			
備考				

※規定以外の事項があった場合は備考に記載すること