

美里町長 様

不妊治療実施医療機関 所在地  
医療機関名  
代表者  
電話番号  
主治医氏名

美里町不妊治療費助成事業に係る実施証明書

次のとおり不妊治療（保険外治療）を実施したことを証明します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
不妊治療実施日			
助成対象となる保険外診療に係る患者負担（領収）額	円		
保険外治療内容			

※次の治療は、助成対象になりません。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による医療行為の治療
- (2) 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的方法により注入し、当該第三者が妊娠及び出産し、精子を提供した夫の夫婦の子とする治療
- (3) 夫の精子と妻の卵子を体外受精してできた受精卵を妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妊娠及び出産し、当該精子及び卵子を提供した夫婦の子とする治療
- (4) この告示に規定するもののほか、他の助成金の支給を受けている治療