

～医療機関の方へ～

医療機関受診等証明書記入についてのお願い

日光市不妊治療費補助金交付申請にかかる医療機関受診等証明書につきまして、下記によりご記入いただきますようお願いいたします。

記

- ① 治療期間につきましては、治療開始から妊娠判定まで・または治療終了日までとなります。
- ② 治療期間中、不妊治療費補助対象外の治療がある場合、領収書の金額と証明書の金額が一致しないことがありますので、メモやふせん等で対象の治療費が分かるようにしていただけると助かります。（よろしければ内訳表をお使いください）
- ③ 妊娠確認後の妊婦健診等の費用は不妊治療費補助対象外となりますのでご注意ください。

お問合せ

日光市役所子ども家庭支援課子育て給付係

 0288-21-5101

----- き り と り -----

日光市不妊治療費補助金対象治療 内訳表

NO.	診療日	領収額	不妊治療費補助金対象額
例)	R8.4.1	10,000 円	(3,000 点) 9,000 円
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

