

佐賀県不妊治療費助成申請に係る受診等証明書

次の者については、保険診療による人工授精を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
受診者氏名	フリガナ	フリガナ
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
助成金申請分の 各治療期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日	
	② 年 月 日 ~ 年 月 日	
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日	
備考		

※申請期限は、一回の不妊治療ごとに、治療が終了した日から3か月後の日(閉庁日の場合は翌開庁日)までです。(例 :令和6年4月10日に治療が終了した場合、申請期限は同年7月10日まで)

※治療が1月から3月までに終了した場合の申請期限は、同年3月末日までです。

※本助成制度は、令和7年3月までに終了した治療が対象です。

※①の治療が終了した日から3カ月以内であれば、複数回を合わせて申請することができます。

令和6年4月1日改訂