令和　　年　　月　　日

横須賀市長　殿

住所

（夫）氏名

（妻）氏名

生殖補助医療費助成仮受付申出書〔受診等証明書関係〕

私達夫婦は、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）を下記のとおり行ったので、医療機関に対して、生殖補助医療受診等証明書（以下「受診等証明書」という。）の証明を依頼しておりますが、医療機関の都合により、申請期間内に証明を受けられないおそれがあります。

つきましては、受診等証明書以外の書類をすべてそろえましたので、助成申請の仮受付を申し出ます。

なお、助成を申請する治療の終了日の翌日から数えて 90 日目までに、受診等証明書を添えて申請できない場合には、当該治療に係る助成は受けられないと承知しております。

1　治療期間及び治療方法（主治医に確認のうえ記入）

治療期間：　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

治療方法：　A　B　C　D　E　F

2　医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿