

様式第2号（第4条関係）

恵那市出産費用助成に関する主治医証明書

受診者氏名

住 所

上記の者について、

☐ 妊娠の経過等の理由のため

☐ 妊婦の疾患等により非妊娠時より継続して通院していたため

当院での妊娠期からの母胎管理が必要であったことを証明します。

記入日 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

（署名又は記名押印）