

砂川市妊婦支援給付金受給資格認定用診断書

<受診者>

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生 (歳)

<診 断>

胎児心拍確認日 年 月 日

心拍が認められた胎児数 1 ・ 2 ・ ()

流産の種類 自然流産 ・ 人工流産

流産となった日 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名