

白石町妊婦支援給付金支給認定用診断書

<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

上記のとおり証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名