

様式第2号（第6条関係）

早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

年 月 日

小鹿野町長 様

早期不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施したので、小鹿野町早期不妊・不育症検査費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり証明します。

（不妊検査実施医療機関）所在地

医療機関名

主治医氏名

印

※主治医本人が自署又は記名押印をすること

フリガナ 夫の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ 妻の氏名		生年月日	年 月 日
不妊検査期間	年 月 日から 年 月 日まで		
助成対象期間	年 月 日から1年間		
助成対象の不妊検査費に係る患者の自己負担額	円		
検査の内容 (該当するものに☑)	男性の検査	女性の検査	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 (黄体ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等) <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 (卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等) <input type="checkbox"/> 頸管因子検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(備考)

- この実施証明書は、不妊検査を実施した医療機関の医師が記入すること。

- 2 「不妊検査期間」欄について、不妊検査を受けた期間が夫婦で異なる場合は、当該不妊検査の初日のいずれか早い方の日から当該不妊検査の末日のいずれか遅い方の日までの期間を記入すること。
- 3 「助成対象期間」欄について、不妊検査を受けた期間が夫婦で異なる場合は、当該不妊検査の初日のいずれか早い方の日を記入すること。
- 4 他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。