

様式第3号（第6条関係）

不育症検査費助成事業に係る実施証明書

年 月 日

小鹿野町長 様

不育症検査費助成事業の対象となる不育症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。

（不育症検査実施医療機関）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 | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 対象者（男） の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 対象者（女） の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 不 育 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 | | |
| 助成対象の不育検査費に係る 患者の自己負担額 | 円 | | |
| 検査の内容 (該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） <input type="checkbox"/> 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体（抗カルジオリピンβ2グロブリンI複合体抗体、ルーフスアンチコアグulant、抗CLiGg抗体、抗CLiGm抗体、抗PEiGg抗体、抗PEiGm抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査(第XII因子活性、フロテインS活性もしくは抗原、フロテインC活性もしくは抗原、APTT) <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

（備考）

- この実施証明書は、不育症検査を実施した医療機関の医師が記入すること。
- 「不育症検査期間」欄について、不育症検査を受けた期間が男女で異なる場合は、当該不育症検査の初日のいずれか早い方の日から当該不育症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。
- 「助成対象期間」欄について、不育症検査を受けた期間が男女で異なる場合は、当該不育症検査の初日のいずれか早い方の日を記入すること。