

様式第 3 号（第 6 条関係）

毛呂山町早期不妊等検査費助成に係る不育症検査実施証明書

年 月 日

毛呂山町長 あて

所在地

医療機関名

連絡先

主治医氏名

次のとおり、毛呂山町早期不妊等検査費助成の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
夫の氏名			(歳)
ふりがな		生年月日	年 月 日
妻の氏名			(歳)
助成対象者であることの確認 (右記該当項目にレ印)		☐ 2回以上の流産、死産、又は早期新生児死亡の既往がある者 ☐ 医師が不育症と判断した者	
助成対象不育症検査期間（※ 1）		年 月 日から 年 月 日まで	
助成対象の期間		夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日～1年間	
助成対象不育症検査に係る患者負担（領収）額		円	
実施検査内容 （該当するものにレ印） ※ 2	☐ 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） ☐ 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体（抗体カルジオリピン β 2 グルコプロテイン I 複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗 CLlgG 抗体、抗 CLlgM 抗体、抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体）		

	☐ 凝固因子検査（第ⅩⅡ因子活性、プロテイン S 活性若しくは抗原、プロテイン C 活性もしくは抗原、APTT） ☐ その他（ ）
--	---

※1 夫のみ又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。

夫婦双方の検査を証明する場合は、夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日及び検査終了日を記載してください。

例 妻の検査期間が R 7 年 3 月 1 日から R 7 年 9 月 3 0 日、夫の検査期間が R 7 年 1 2 月 1 日から R 8 年 3 月 3 1 日の場合

検査期間は、 R 7 年 3 月 1 日から R 8 年 3 月 3 1 日

助成対象期間は、R 7 年 3 月 1 日から 1 年間（R 8 年 2 月 2 8 日まで。R 7 年 3 月 1 日から R 8 年 3 月 3 1 日は検査を行っていたとしても助成対象外）

※2 他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。