

様式第2号（第6条関係）

毛呂山町早期不妊等検査費助成に係る早期不妊検査実施証明書

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妊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)
助成対象不妊検査の期間（※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 日から1年間	
助成対象不妊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	男性の検査	女性の検査	
	☐ 精液検査 ☐ その他()	☐ 基礎体温測定 ☐ 超音波検査 ☐ 内分泌検査（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストラジオール、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） ☐ クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査 ☐ 卵管疎通性検査（卵管通気）	

		法、子宮管造影、超音波下卵 管通水法等) ☐ 頸管因子検査（頸管粘液検 査、フーナー検査等） ☐ その他（ ）
--	--	--

※1 夫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 妻の不妊検査機関がR 7年3月1日からR 7年9月30日、夫の不妊検査機関がR 7年12月1日からR 8年3月31日の場合

検査期間は、 R 7年3月1日から R 8年3月31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28日まで。R 7年3月1日からR 8年3月31日まで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妊検査に係る経費であること。