

年 月 日

小川町長 宛て

所在地

医療機関

印

主治医氏名

印

（主治医が自署又は記名押印）

小川町不育症検査費助成事業に係る実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（男）の名前		生年月日	年 月 日（ 歳）
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（女）の名前		生年月日	年 月 日（ 歳）
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者		
不育症検査期間※1	検査期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成対象の期間	対象者の検査開始日のうち、どちらか早い日 年 月 日 ~ 1年間		
助成対象となる不育症検査に係る 患者負担（領収）額	円		
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）		
不育症検査 ※2	<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（抗カドオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体、ルプスアンチコアグ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、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性もしくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※1：男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。  
 男女両方の検査を証明する場合は男女それぞれの検査開始日のうち、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。  
 例 女性の検査期間 H30.3.1~H30.9.30、男性の検査期間 H30.12.1~H31.3.31  
 検査期間は H30.3.1~H31.3.31  
 助成対象期間は H30.3.1~1年間（H31.2.28まで。H31.3.1~H31.3.31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。