

小川町長 宛て

所在地

医療機関

主治医氏名

印

印

（主治医が自署又は記名押印）

小川町早期不妊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妊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）
不妊検査期間※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		
助成対象となる不妊検査に係る患者負担 （領収額）額	円		
検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）	
不妊検査※2	<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（黄体化ホルモン、卵胞刺激ホルモン、エストロゲン、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あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <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）

※2：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。