第２号様式（第６条関係）

年　　月　　日

草加市長　宛て

所在地
医療機関　　㊞
主治医氏名　　㊞
（主治医が自署又は記名押印）

草加市早期不妊検査費・不育症検査費助成金対象不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成金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 夫の名前		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
ふりがな 妻の名前		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	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		
助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）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	□　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、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等） □　ｸﾗﾐｼﾞｱ抗体検査あるいは核酸増幅検査 □　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、どちらか早い日から検査終了日を記載してください。

※２：<u>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。</u>