

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育症検査実施証明書

次のとおり、標記助成金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 名前		生年月日	(年 月 日)
ふりがな		生年月日	(年 月 日)
妻の 名前		生年月日	(年 月 日)
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	☐ 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		
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	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	☐ 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(抗カルディリンβ2 グルコプロテイン I 複合体抗体、ループ スタンチオグラント、抗 CL IgG 抗体、抗 CL IgM 抗体、抗 PE IgG 抗体、抗 PE IgM 抗体) ☐ 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) ☐ 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 : 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。