

第3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 (歳)
夫の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
妻の名前			
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、死産又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	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	<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(抗カドオリヒンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグラント、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：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。