様式第2号（第8条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

鳩山町長　宛て

 　　　　　　 　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

鳩山町早期不妊検査実施証明書

鳩山町早期不妊検査費用助成金の交付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） |
| 夫の名前 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳） |
| 妻の名前 |  |
| 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 |
| A＋B | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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：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。