

様式第2号（第6条関係）

坂戸市早期不妊検査費助成金交付に係る実施証明書

坂戸市長 あて

年 月 日

不妊検査実施医療機関 所在地
 医療機関名
 代表者
 電話番号
 主治医氏名

次のとおり、助成金の交付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		生年月日	年 月 日
夫の氏名			
ふりがな		生年月日	年 月 日
妻の氏名			
助成対象となる不妊検査期間 ※1	年 月 日～ 年 月 日 (1年以内であること。)		
助成対象となる不妊検査に係る 患者負担額（領収額）※2			円
助成対象の不妊検査費に係る領 収年月日（期間）	年 月 日～ 年 月 日		
検査の内容 ※3	男性の検査		女性の検査
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（ホルモン検査等） <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在の状況 （予定を含む。）※3	<input type="checkbox"/> 不妊検査のみ <input type="checkbox"/> タイミング指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精

※1 助成対象となる不妊検査期間の欄は、夫婦合わせた期間を記載すること。その期間は、1年以内であること。

※2 助成対象となる不妊検査に係る患者負担額（領収額）の欄は、他の助成金の交付を受けている検査の費用を除くこと。

※3 検査の内容の欄及び現在の状況（予定を含む。）の欄は、該当するものに☑印を付けること。