

様式第2号（第6条関係）

坂戸市不育症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

不育症検査実施医療機関 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 |
| 夫の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 妻の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 助成対象者であることの確認 ※1 | <input type="checkbox"/> 流産、死産若しくは早期新生児死亡のいずれかを合わせて2回以上の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者 | | |
| 助成対象となる不育症検査期間 ※2 | 年 月 日～ 年 月 日 （1年以内であること。） | | |
| 助成対象となる不育症検査に係る患者負担額（領収額）※3 | 円 | | |
| 検査の内容 ※1 | <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（抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体、ループスアンチコアグラント、抗CL Ig G抗体、抗CL Ig M抗体、抗PEI g G抗体、抗PEI g M抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第Ⅶ因子活性、プロテインS活性又はプロテインS抗原、プロテインC活性又はプロテインC抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

※1 助成対象者であることの確認の欄及び検査の内容の欄は、該当するものにレ印を付けること。

※2 助成対象となる不育症検査期間の欄は、夫又は妻のみの検査を証明する場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載すること。夫婦の双方の検査を証明する場合は、夫又は妻の検査の開始日のどちらか早い日から、夫又は妻の検査の終了日のどちらか遅い日までを記載すること。その期間は、1年以内であること。

※3 助成対象となる不育症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。