第２号様式（第７条様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　年　　月　　日

越谷市長　宛

 　　　　　　 　　　　 　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　主治医氏名

越谷市早期不妊検査実施証明書

　次のとおり、標記助成事業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（　　　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　※２ | 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　※３ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □　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、エストラジオール、乳汁分泌ホルモン、プロゲステロン、テストステロン測定等）□　クラミジア抗体検査又は核酸増幅検査□　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　この実施証明書は、医療機関が作成し、全ての項目を医療機関が記載すること。

　※２　夫又は妻のみの実施証明書の場合、そのどちらか一方の検査期間を記載すること。

　　　　夫婦双方の実施証明書の場合、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

　　　までの期間を記載すること。

　※３　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。