

三芳町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

（あて先）三芳町長

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。

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

ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（男）の名称		生年月日	年 月 日（ 歳）
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
対象者（女）の名称		生年月日	年 月 日（ 歳）
不妊検査期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日		
助成対象の期間	（対象者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		
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あるいは核酸増幅検査 ☐ 卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、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：男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。男女両方の検査を証明する場合は、男女それぞれ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。

例 女性の検査期間 H30.3.1～H30.9.30、男性の検査期間 H30.12.1～H31.3.31 の場合

⇒検査期間 H30.3.1～H31.3.31

助成対象期間 H30.3.1～1年間（H31.2.28まで）

※2：他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費であること。