

第3号様式（第6条関係）

伊奈町不育症検査費助成金交付に係る実施証明書

（宛先）

伊奈町長

次のとおり、標記助成金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。

年 月 日

（不育症検査実施医療機関）所在地

医療機関

代表者

電話番号

主治医氏名

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
夫の 夫の名前						
フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日（ 歳）
妻の 妻の名前						
助成対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産、あるいは早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者					
不育症検査期間	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					
助成対象となる不育症検査に係る 患者負担（領収）額	円					
検査種類	検査項目（下記該当項目に☑）					
不育症検査	<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（抗カドオリピンβ2グルボ ^o ロテインI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLiGg抗体、抗CLiGm抗体、抗PEiGg抗体、抗PEiGm抗体） <input type="checkbox"/> 凝固因子検査（第XII因子活性、プロテインS活性もしくは抗原、プロテインC活性もしくは抗原、APTT） <input type="checkbox"/> その他（ ）					