

第2号様式（第6条関係）

伊奈町早期不妊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

代表者

電話番号

主治医氏名

フリガナ 夫の 夫の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日	（ 歳）
フリガナ 妻の 妻の名前		生年月日	昭和 平成	年	月	日	（ 歳）
不妊検査期間	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	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 頸管因子検査（頸管粘液検査、フナー検査等） <input type="checkbox"/> その他（ ）				