

様式第2号（第6条関係）

寄居町不妊検査費補助金交付に係る実施証明書

年 月 日

（宛先）

寄居町長

（不妊検査実施医療機関）所在地
医療機関名
主治医氏名

次のとおり、標記補助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）
夫の名称			
ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻の名称			
不妊検査期間※1	検査期間 年 月 日～ 年 月 日		
補助対象の期間	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		
補助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、フナー検査等） ☐ その他（ ）	

※1：夫又は妻のみの実施証明書の場合は、そのどちらか一方の検査期間を記載してください。
夫婦双方の検査を証明する場合は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を記載してください。
例：妻の検査期間=平成30年3月1日～平成30年9月30日、夫の検査期間=平成30年12月1日～平成31年3月31日
検査期間=平成30年3月1日～平成31年3月31日
補助対象期間=平成30年3月1日～1年間
（平成31年2月28日まで。平成31年3月1日～平成31年3月31日は検査を行っていたとしても補助対象外）
※2：他の補助金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。