

様式第3号（第6条関係）

寄居町不育症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

（不育症検査実施医療機関）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育症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			
補助対象者であることの確認 （右記該当項目に☑）	☐ 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 ☐ 医師が不育症と判断した者		
不育症検査期間※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※2	☐ 子宮形態検査（経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡） ☐ 内分泌検査（甲状腺機能、糖尿病検査） ☐ 夫婦染色体検査 ☐ 抗リン脂質抗体（抗カルシウムβ2グロブリンI複合体抗体、 ループスアンチコアグラント、抗CL IgG抗体、抗CL IgM抗体、 抗PE IgG抗体、抗PE IgM抗体） ☐ 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） ☐ 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育症検査にかかる経費であること。