

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。

医療機関記入欄

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	<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、エストロゲン、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()	

※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=令和7年3月1日～令和7年9月30日、夫の検査期間=令和7年12月1日～令和8年3月31日
検査期間=令和7年3月1日～令和8年3月31日
補助対象期間=令和7年3月1日～1年間
(令和8年2月28日まで。令和8年3月1日～令和8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。