様式第２号（第６条関係）

（宛先）　　年　　月　　日

越生町長

所在地
医療機関
電話番号
主治医氏名

越生町早期不妊検査費助成事業に係る実施証明書

次のとおり、標記助成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 対象者（男）の名前		生年月日	年　月　日（　歳）
ふりがな 対象者（女）の名前		生年月日	年　月　日（　歳）
不妊検査期間※１	検査期間　年　月　日　～　年　月　日		
助成対象の期間	（対象者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※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、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等） □　ｸﾗﾐｼﾞ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、ﾌｰﾅｰ検査等） □　その他（　）

※１：男女のうち一方の検査の実施を証明する場合は、証明する対象者が実施した検査の期間を記載してください。
男女両方の検査を証明する場合は、男女それぞれ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　女性の検査期間 H30.3.1～H30.9.30、男性の検査期間 H30.12.1～H31.3.31 の場合
⇒検査期間　H30.3.1～H31. 3.31
助成対象期間　H30.3.1～１年間（H31. 2.28 まで）

※２：他の助成金を受けていない不妊検査にかかる経費であること。