様式第３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

越生町不育症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）
助成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		
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（経膣超音波、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（抗ｶﾙｼﾞｵﾘﾋﾟﾝβ２ｸﾞﾙｺﾌﾟﾛﾃｲﾝⅠ複合体抗体、ﾙｰﾌﾟｽｱﾝﾁｺｱｸﾞﾗﾝﾄ、抗 CLIgG 抗体、抗 CLIgM 抗体、抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体） □　凝固因子検査（第Ⅻ因子活性、ﾌﾟﾛﾃｲﾝ S 活性もしくは抗原、ﾌﾟﾛﾃｲﾝ C 活性もしくは抗原、APTT） □　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育症検査にかかる経費であること。