

吉川市不育症検査費助成に係る実施証明書

(宛先) 吉川市長

次のとおり、標記助成の対象となる不育症検査を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
主治医氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
男性の名前			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
女性の名前			
助成対象者であることの確認 (右記該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者		
不育症検査期間※1	年 月 日から 年 月 日まで		
助成対象の期間	男性又は女性の検査開始日のうち、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※2	円		
検査種類	検査項目(下記該当項目に☑)		
不育症検査※	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査(経膈超音波、子宮卵管造影、子宮鏡) <input type="checkbox"/> 内分泌検査(甲状腺機能、糖尿病検査) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体(抗カルジヒンβ2グロブリンI複合体抗体、ループスアンチコアグulant、抗CLiG抗体、抗CLiGM抗体、抗PEiG抗体、抗PEiGM抗体) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他()		

※1: 男性又は女性のどちらか一方の検査を証明する場合は、その検査の期間を記載してください。男女双方の検査を証明する場合は、男性の検査開始日又は女性の検査開始日のどちらか早い日から男性の検査終了日又は女性の検査終了日のどちらか遅い日までを記載してください。

例: 男性の検査期間 R5.12.10~R6.3.15
 女性の検査期間 R5.6.20~R5.10.30
 →不妊検査期間 R5.6.20~R6.3.15

※2: 他の助成金を受けていない不育症検査に係る経費であること。