

記入例 ※受診した医療機関で証明してもらってください

様式第2号（第6条関係）

常滑市妊活応援金給付事業受診等証明書

常滑市長 様

【医療機関記入欄】

受診者氏名	夫	常滑 太郎	妻	常滑 花子
生年月日		令和〇年〇月〇日		平成〇年〇月〇日

●当該患者が行った不妊検査・治療について該当箇所に記入してください。（□に✓）

一般不妊治療 ※複数に✓可能	今回の治療期間 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで
	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input checked="" type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 人工授精（回数： 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）
特定不妊治療 ※どれか一つに ✓をしてください	今回の治療期間 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで <input type="checkbox"/> 治療区分A 新鮮胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 治療区分B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵→受精卵形成→受精卵培養→凍結胚移植） <input checked="" type="checkbox"/> 治療区分C 以前に1回以上採卵し、治療を実施したことがあるが、治療が得られなかった <input type="checkbox"/> 治療区分D 体調不良等により採卵が困難なため、治療が得られなかった <input type="checkbox"/> 治療区分E 受精が得られなかったため、治療が得られなかった <input type="checkbox"/> 治療区分F 採卵が得られなかったため、治療が得られなかった <input type="checkbox"/> 男性不妊手術 特定不妊治療に付随して、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

【一般不妊治療の場合】
「1回の治療」について、特に定めはありません。複数の治療をした場合は、該当する治療全てに✓をしてください。

「一般不妊治療」
または
「特定不妊治療」
のどちらかに記入
してください

【特定不妊治療の場合】
該当する治療区分どれか一つに✓をしてください。
【治療区分A～Fについて】
採卵にいたらないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は給付対象外です。
【男性不妊手術について】
採卵準備前に男性不妊手術を行ったが、精子が得られない、又はよい精子が得られないため治療を中止した場合も給付対象となります。

上記の夫婦の妊娠希望について認め、当該不妊治療を実施したことを証明します。

令和〇年〇月〇日

令和5年7月1日以降の日付

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
 医療機関の名称 〇〇病院
 主治医氏名 〇〇 〇〇 (印)