

宍粟市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者においては、特定不妊治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 _____ 印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

ふりがな					
受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)
治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。		A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。		
治療期間	年 月 日 ~		今回治療による妊娠の有無		
	年 月 日		有	無	不明
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日		
	領収金額		円		

※1：治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2：領収年月日及び領収金額の一致する領収書を別途添付して下さい。

(注) 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、または、状態のよい卵が得られないため中止

(注) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。