様式第２号（第５条関係）

不妊検査実施証明書

年　　月　　日

（宛先）小樽市長

次のとおり、不妊検査を実施したことを証明します。

不妊検査実施医療機関　所在地

電話番号

医療機関名

主治医氏名　　印

この証明書は医療機関が記載してください。

ふりがな		
受診者氏名		
受診者生年月日	年　　月　　日（　　歳）	
助成対象となる不妊検査の実施期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日 （不妊検査の実施を開始した日から１年以内であること）	
検査内容 （該当するものにチェック）	女性	男性
	□超音波検査　□内分泌検査 □感染症検査　□卵管疎通性検査 □頸管粘液検査　□フーナーテスト □子宮鏡検査　□本証明書文書料 □その他［　　］	□精液検査　□内分泌検査 □精子受精能力検査 □画像検査　□本証明書文書料 □染色体･遺伝子検査 □その他［　　］
助成対象となる不妊検査等に係る受診者負担額（領収額）	不妊検査に係る受診者負担額　　円 不妊検査実施証明書発行に係る受診者負担額　　円	

＜注意事項＞

※不妊検査を開始した日から１年以内に掛かった費用（受診者負担額）について記載してください。

※複数の医療機関を受診した場合は、医療機関ごとに本証明書を作成してください。

本助成は、小樽市民が小樽市以外の医療機関を受診した場合にも対象となります。
御不明な点、問合せ等は下記まで御連絡をお願いします。
問合せ先：こども家庭課　不妊検査助成事業担当
TEL 0134-32-5208（月～金 9:00～17:00）

記載上の留意点

様式第２号（第５条関係）

不妊検査実施証明書

年　　月　　日

（宛先）小樽市長

次のとおり、不妊検査を実施したことを証明します。

不妊検査実施医療機関　所在地

電話番号

医療機関名

主治医氏名　　印

この証明書は医療機関が記載してください。

ふりがな		
受診者氏名	検査終了日の属する年度内に、申請が必要となりますので、御留意ください。	
受診者生年月日		
助成対象となる不妊検査の実施期間	年　月　日　～　年　月　日 （不妊検査の実施を開始した日から１年以内であること）	
検査内容（該当するものにチェック）	女性	男性
	□超音波検査　□内分泌検査 □感染症検査　□卵管疎通性検査 □頸管粘液検査　□フーナーテスト □子宮鏡検査　□本証明書文書料 □その他［　　］	□精液検査　□内分泌検査 □精子受精能力検査 □画像検査　□本証明書文書料 □染色体･遺伝子検査 □その他［　　］
助成対象となる不妊検査等に係る受診者負担額（領収額）	不妊検査に係る受診者負担額　円 不妊検査実施証明書発行に係る受診者負担額　円	

＜注意

※不妊

くだ

※複数

領収書の計と、同額になるように記載します。
（検査の金額の他、付随して要した医療費を全て含めた額で申請することができます。）
御不明点がありましたら、担当者まで御連絡をお願いします。

本助成は、小樽市民が小樽市以外の医療機関を受診した場合にも対象となります。
御不明な点、問合せ等は下記まで御連絡をお願いします。
問合せ先：こども家庭課　不妊検査助成事業担当
TEL 0134-32-5208（月～金 9:00～17:00）