

※寿都町の記載欄	
申請者の状況等の確認	
① 寿都町の住民登録の状況 (有・無)	
② 町税及び使用料等の納付について(未納の状況 有・無)	
③ 夫婦の合計所得の確認 (730 万未満・730 万以上)	
④ 今回の申請は、____回目(前回までの補助決定額 _____円)	
助成決定額	円

寿都町不妊治療費補助金交付事業受診等証明書（特定不妊治療用）

令和 年 月 日

医療機関の名称

印

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注意事項2参照)に○を付けてください		AまたはBの場合 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)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間(注1)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
領 収 金 額	(今回の治療にかかった合計金額) 特定不妊治療費 (男性不妊治療を除く)			
	<u>領収金額</u>			円
	男性不妊治療費(注2)			<u>領収金額</u>
				円

(注2) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む）で男性不妊医療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

A 新鮮胚移植を実施

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

F 採精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止

F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

（注意事項2）採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。