

第2号様式（第5条関係）

通院状況確認書

受診者（妻）	氏名		生年月日	年	月	日
治療の種類	該当する治療の種類に○をしてください。 A 採卵から新鮮胚移植を実施 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 受精できず又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により中止 F 採卵したが、卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止					
通院した医療機関	医療機関名					
	所在地	都道府県		市区町村		
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日			
通院回数	1回	年 月 日	5回	年 月 日		
	2回	年 月 日	6回	年 月 日		
	3回	年 月 日	7回	年 月 日		
	4回	年 月 日	8回	年 月 日		

受診者（夫）	氏名		生年月日	年	月	日
通院した医療機関	医療機関名					
	所在地	都道府県		市区町村		
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日			
通院回数	1回	年 月 日	5回	年 月 日		
	2回	年 月 日	6回	年 月 日		
	3回	年 月 日	7回	年 月 日		
	4回	年 月 日	8回	年 月 日		

原則、下記項目すべてに✓がつく方が助成対象となります。

- 治療開始時において婚姻（事実婚含む）していますか。
- 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致していますか。
- 【妻】治療は顕微授精、体外受精ですか。
- 申請時点で一連の治療が終了していますか。
- 1回目の通院は「治療計画の作成」又は、採卵又は移植準備のための「薬品投与」以降の治療を行うためのものですか。
- 最後の通院の際に「1回目の妊娠確認」を行いましたか（治療中止や治療途中で他市町村に居住地を移した場合等、妊娠確認を行っていない場合はチェック不要。）。
- 【夫】治療は男性不妊治療（ただし、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る）ですか。

（留意事項）

- ・ この様式は申請者本人が記入します。
- ・ 診察を行わない薬や処方箋の受け取りや、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。
- ・ 他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは本市に居住していた期間のみとなります。