

第2号様式（第5条関係）

（その1）

通院状況確認書

年 月 日

受診者 (妻)	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
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			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
通院回数	1 回	年 月 日		
	2 回	年 月 日		
	3 回	年 月 日		
	4 回	年 月 日		
	5 回	年 月 日		
	6 回	年 月 日		
	7 回	年 月 日		
	8 回	年 月 日		

（留意事項）

- ・ この様式は申請者本人が記入します。
- ・ 治療開始日から助成金の申請日までにおいて婚姻（事実婚含む。）している方が助成対象です。
- ・ 助成の対象となる治療は、体外受精及び顕微授精です。
- ・ 通院回数は、1回の治療につき夫婦合計で8回が上限です。福島県生殖補助医療交通費支援事業実施要綱に基づく助成金の申請を他市町村でしていた場合、上限の8回から、他市町村で申請した通院分を差し引いた回数が上限となります。

(その2)

通院状況確認書（男性不妊治療）

年 月 日

受診者 (夫)	氏 名		生年月日	1 年 月 日
	住 所			
通院した 医療機関	医療機関名			
	所 在 地			
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
通院回数	1 回	年 月 日		
	2 回	年 月 日		
	3 回	年 月 日		
	4 回	年 月 日		
	5 回	年 月 日		
	6 回	年 月 日		
	7 回	年 月 日		
	8 回	年 月 日		

(留意事項)

- ・ この様式は申請者本人が記入します。
- ・ 治療開始日から助成金の申請日までにおいて婚姻（事実婚含む。）している方が助成対象です。
- ・ 助成の対象となる治療は、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術です。
- ・ 通院回数は、1回の治療につき夫婦合計で8回が上限です。福島県生殖補助医療交通費支援事業実施要綱に基づく助成金の申請を他市町村でしていた場合、上限の8回から、他市町村で申請した通院分を差し引いた回数が上限となります。