

通院状況確認書

氏名 _____（居住市町村名 伊達市）（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳）

通院した 医療機関	医療機関名	所在地
		〒

治療期間 (治療期間に該当するのは採卵準備又は胚移植を行うための投薬開始～妊娠確認までです。) ※治療計画作成を行った場合は作成の日も含む。		
回数	受診日	
1	年	月 日
2	年	月 日
3	年	月 日
4	年	月 日
5	年	月 日
6	年	月 日
7	年	月 日
8	年	月 日

※手術を行ったが、精子が得られない、又は状態のよ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。

以下項目の該当するものに✓をつけてください。

- ☐ 治療開始時において婚姻（事実婚含む。）していますか
- ☐ 受診初日から申請時まで本市町村に居住していますか
- ☐ 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
- ☐ 領収書、請求書、明細書等の日付と受診日が一致していますか

（留意事項）

- ・治療を受けた本人のみが助成対象となります。同行者分は助成対象外です。
- ・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。
- ・令和7年3月31日以前の通院は助成対象外です。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。