

第2号様式（その2）（第4条関係）

通院状況確認書（男性不妊治療）

氏 名			生年月日： 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を含む			
回数	受 診 日	回数	受 診 日
1	年 月 日	5	年 月 日
2	年 月 日	6	年 月 日
3	年 月 日	7	年 月 日
4	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。

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

☐ 受診初日から最終日までの間、会津若松市に居住していますか

※他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは会津若松市に居住していた期間のみとなります。

☐ 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

☐ 領収書の写し、明細書の写し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。
- ・ 通院回数は、一連の治療につき夫婦合計で8回が上限です。ただし、「福島県生殖補助医療支援事業実施要綱」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。

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。