

別紙 1 - 1 (別記第 1 号様式) (生殖機能温存治療実施医療機関の連携機関用)

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る生殖機能温存治療費領収金額内訳証明書  
(小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業)

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業実施要綱で示す要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療実施医療機関の指導に基づく生殖機能温存治療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
担当医師 氏名 (自書)

生殖機能温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別等	年	月	日生 男・女
生殖機能温存治療を受ける患者の紹介を受け生殖機能温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 ( ) 生殖機能温存治療主治医の氏名 ( )		
領収金額合計 ※2	円 (内訳は以下のとおり)			
領収金額内訳	項目	費用		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
備考				

治療期間
年 月 日 ~ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

※2 助成の対象となる費用は、生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。