

様式第3号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する領収金額内訳証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※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

(署名又は記名押印)

妊孕性 温存療 法を受 けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男 ・ 女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介元となる妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 妊孕性温存療法主治医の氏名（ ）		
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		
		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おそ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 補助の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。