

様式第1－3号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊娠性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書
(妊娠性温存療法実施医療機関の連携機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊娠性温存治療費助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊娠性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊娠性温存療法（※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 _____
 _____ (自署)

妊娠性 温存療 法を受 けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 ・性別等	年	月	日生
妊娠性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊娠性温存療法指定 医療機関名と当該医師名			医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 ()	
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、妊娠性温存療法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。