

様式第10号（第6条関係）

若年がん患者温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関領収金額内訳証明書

次のとおり、島田市若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療の一部を実施し、治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

連携機関の名称及び所在地

連携機関の主治医氏名

（自署をすること。）

温存後生殖 補助医療の 対象者	ふりがな		性 別
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
配 偶 者 (事実婚関 係を含む。)	ふりがな		性 別
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
温存後生殖補助医療を 受ける患者の紹介元と なる医療機関の主治医	医療機関名		
	主治医氏名		
領収金額	合 計	円（内訳は以下のとおり）	
	内 訳	項 目	費 用
			円
			円
			円
			円
			円
備 考			

(注)

- 1 温存後生殖補助医療とは、妊孕性温存治療により凍結保存した検体を用いた生殖補助医療をいいます。
- 2 助成対象経費（精子、卵子若しくは卵巣組織の採取及び凍結又は卵子を採

取し受精させた胚の凍結に係る保険適用外費用（初回の凍結保存に要する費用を含み、入院費、入院時の食事代その他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を除く。）をいう。）のみを計上してください。

3 備考欄には、妊孕性温存治療を正常に行うことができなかった等、治療内容に係る留意事項を記入してください。

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	