

熊本県がん患者妊よう性温存治療費助成事業補助金に係る領収金額内訳証明書
(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)

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実施要綱及び熊本県がん患者妊よう性温存治療費助成事業で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法（※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

連携機関の所在地

連携機関の名称

診療科（※2）

担当医師等 氏名

(自署)

[illegible]

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 薬局の場合は記載不要。
- ※ 3 助成の対象となる費用は、妊よう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。