

様式第1-5号

(表)

佐賀県

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業に係る証明書
(凍結保管機関)

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し行われた妊孕性温存療法(※1)に係る凍結保管を以下の期間実施し、次のとおり凍結保管料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

主治医氏名

(自署)

妊孕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	男・女
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業の対象医療機関ですか。		はい ・ いいえ			
妊孕性温存療法を実施した妊孕性温存療法主治医が所属する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 ()			
凍結保管の更新料に係る妊孕性温存治療支援事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請			
領収金額合計	円(内訳は裏面のとおりに)				
備考					

※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。

領収金額 内訳証明書

項目	費用
凍結保管の更新に要した費用(更新料のみ)	円
その他()	円
合計	円

凍結保存期間
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	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、連続した2年間における凍結保管に係る医療保険適用外費用とします。