

令和 

令	年	月	日
---	---	---	---

佐賀県知事 様

がん治療を目的とした先進医療を実施した医療機関

医療機関名	
住 所	(郵便番号)
電 話 番 号	
主 治 医	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金・利子補給金  
治療実施証明書

がん治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施したことを証明します。

記

※ がん先進医療とは、「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）」第2項及び第3項に規定された先進医療のうち、がん治療を目的とした医療をいう。

1 対象患者

氏 名	(年齢 歳)
住 所	

2 実施したがん先進医療

先進医療技術名 (正式名称を記載)	( 第2項先進医療 ・ 第3項先進医療 )
治 療 開 始 日	令和 年 月 日
治 療 費 (技術料のみ)	金 円
領 収 日	令和 年 月 日

3 先進医療実施医療機関の確認

上記告示の第2項及び 第3項に規定された医 療機関である	は い ・ いいえ
------------------------------------	-----------