

大阪府  
 がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る証明書  
 (妊よう性温存治療実施医療機関【凍結保存の維持】)

大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、凍結保存の維持(※1)を実施し、次のとおり費用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

妊よう性温存治療主治医氏名 (自署)

[A]妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
	患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由		
※胚凍結の場合のみ記入 [A]の夫 (事実婚を含む)	ふりがな			生年月日 年 月 日生
	氏名			性別 男・女
大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業実施要綱第11条に基づく妊よう性温存治療府指定医療機関ですか。				はい ・ いいえ
妊よう性温存治療について紹介を受けた原疾患治療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 ( ) 原疾患治療主治医の氏名 ( )
凍結保存した組織等 ※該当する番号に○を付けてください		1 胚(受精卵) 2 精子 3 卵子 4 卵巣組織		
初回の凍結保存期間		年 月 日(凍結日) ~ 年 月 日		
申請対象の凍結保存期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額		円		
備考				

※1 妊よう性温存治療府指定医療機関が行う、初回の凍結保存期間を除く凍結保存の維持のこと。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

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、妊よう性温存治療で凍結した組織等の凍結保存の維持に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、文書料等の凍結保存の維持に直接関係のない費用は対象外です。