様式第１－２－２号

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領収金額内訳証明書
（妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関）

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、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療の一部を（※１）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

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科（※２）

担当医師等（※２）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		
※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

妊よう性温存治療を受ける患者の紹介を受けた妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医師名	指定医療機関の名称（　　） 妊よう性温存治療主治医の氏名（　　）

領収金額合計 ※３	円（内訳は以下のとおり）	
領収金額内訳	項目	費　用
		円
		円
		円
		円
		円
		円
備考		

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、診療科は記載不要。また、担当医師等の欄には、薬剤師が署名をすること。

※３　助成の対象となる費用は、妊よう性温存治療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。