様式第５－１号

鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関）

鹿児島県小児・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で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※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

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科（※２）

担当医師　氏名　　（自署）

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏名		性別	男　・　女
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏名		性別	男　・　女
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称（　　） 温存後生殖補助医療主治医の氏名（　　）	

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　妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。

※２　薬局の場合は記載不要。

※３　助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、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は対象外です。