

様式第6号（第8条関係）

連携機関領収金額内訳証明書（妊孕性温存治療分）

以下のとおり、熱海市若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存治療の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 _____

医療機関の所在地 _____

診療科 _____

担当医師氏名 _____

（自署又は記名押印）

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
妊孕性温存治療を受ける患者の紹介元となる妊孕性温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ 妊孕性温存治療主治医の氏名（			
領収金額合計	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			
領収金額に対する問い合わせ先	担当課 電話番号	担当者			
治療期間	年	月	日	～	年 月 日
備考					

備考 助成の対象となる費用は、妊孕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。