

様式第1-1号(第6条関係)

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
(妊孕性温存療法分)

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----			妊孕性温存療法を受けた者との関係	
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	男	・ 女
	住所	〒 -				
	電話番号			患者アプリ番号(12桁) ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を記載出来ない理由					
妊孕性温存療法を受けた者 (申請者と同じ場合は記入不要)	ふりがな	-----				
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	男	・ 女
	住所	〒 -				
電話番号	-		-			
妊孕性温存療法等助成事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }		
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか				はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません		
添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第2-1号) <input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) (様式第2-2号) <input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第2-1号) <input type="checkbox"/> 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)					
振込先 (通帳等の写しを添付)	フリガナ			金融機関名		
	口座名義			支店名	支店	
	口座種別	普通	・ 当座	口座番号		
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)						
・ 国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について、他の都道府県へ照会及び提供をすること。						
年 月 日				助成決定金額		
申請者氏名 (自署)				※茨城県看護協会使用欄		
				円		

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、茨城県看護協会から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存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。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、様式の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 9 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第2-2号の発行を依頼してください。
- 10 本事業に参加する方の妊孕性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）」に登録されます。
また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について県に対して照会を行うことがあります。
日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。
その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

郵送先

〒310-0034
茨城県水戸市緑町3-5-35(茨城県保健衛生会館内)

公益社団法人 茨城県看護協会
「いばらき みんなのがん相談室」

問合せ先

電話029-222-1219 月曜～金曜 9:00～16:00

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
（温存後生殖補助医療分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日生	
	氏名			性別	男 ・ 女	
	住所	〒 -				
	電話番号			患者アプリ番号（12桁） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由					
夫 （申請者と 同じ場合は 記入不要）	ふりがな			生年月日	年 月 日生	
	氏名				年 月 日生	
妻 （申請者と 同じ場合は 記入不要）	ふりがな			生年月日	年 月 日生	
	氏名				年 月 日生	
過去に妊孕性温存療法等助成事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか			【添付書類】（添付したものに☑）			
ない ・ ある →自身が過去（ ）回受けた →パートナーが過去（ ）回受けた			<input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関） （茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第2-2号） <input type="checkbox"/> 茨城県小児・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）（様式第2-3号） <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 <input type="checkbox"/> 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票）			
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 （ ）						
振込先 （通帳等 の写しを 添付）	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名			支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
以下の事項について同意します。（同意いただけない場合は、本助成を受けることができません）						
・ 国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。						
年 月 日				助成決定金額		
申請者氏名（自署）				※茨城県看護協会使用欄		
				円		

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、茨城県看護協会から文書で通知します。
- 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。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。
ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。
また、卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。また、自身とパートナー両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第2-3号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 8 本事業に参加する方の温存後生殖補助医療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）」に登録されます。
また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。
日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。
その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

郵送先

〒310-0034
茨城県水戸市緑町3-5-35（茨城県保健衛生会館内）

公益社団法人 茨城県看護協会
「いばらき みんなのがん相談室」

問合せ先

電話029-222-1219 月曜～金曜 9:00～16:00

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書
（原疾患治療実施医療機関）

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
（実施予定である）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 _____

原疾患治療主治医氏名 _____

（自署）

妊孕性 温存療 法を受 けた（受 ける）者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 ・性別等	年	月	日生 男・女
治療方法	原疾患について			
	原疾患名（※1）	左記の診断日		
	〔 〕	年	月	日
		診断医療機関名 ()		
原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療				
事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。				
〔 〕 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療				
〔 〕 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等				
〔 〕 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群（ファンconi貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等				
〔 〕 アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等				
具体的な治療内容 （使用した薬剤・レジメン等）※2 〔 〕				
事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日		年 月 日		
妊孕性温存療法実施医療機関名		()		
妊孕性温存療法助成事業の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください）		1 1回目の申請 2 2回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） 3 2回目の申請 （1回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { }		

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。

※2 ○を付けた治療の内容が分かるよう、具体的に記載ください。

様式第2-2号（第6条（1）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書
（妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関）

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※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

担当医師 氏名

（自署）

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別等	年 月 日生	男・女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ 妊孕性温存療法主治医の氏名 （ ）	
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳	項目	費用	
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、卵子又は卵巢組織を採取し、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 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法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。

様式第2-3号（第6条の2（1）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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）

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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、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 _____

担当医師 氏名 _____

（自署）

温存後生殖補助医療の対象者 （※3）	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 ※2	円（内訳は以下のとおり）			
領収金額内訳	項 目		費 用	
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 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。
- ※3 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚又は婚姻関係が継続している間に限り保存することに同意し、これらの関係が解消された場合、速やかに凍結保存を行った指定医療機関にその旨を申し出ます。

①

住所

氏名

②

住所

氏名

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

本事業の温存後生殖補助医療の結果、出生した子については認知を行う意向です。

①

住所

氏名

②

住所

氏名

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書
（妊孕性温存療法実施医療機関）

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の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法（※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 _____
 妊孕性温存療法主治医氏名 _____
 (自署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな			生年月日	年 月 日生
	氏名			性別	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		
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業の対象医療機関ですか。				はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患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 () 原疾患主治医の氏名 ()	
妊孕性温存療法研究促進事業（妊孕性温存療法分）の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) 一都道府県名 { }	
治療方法	I	男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)			
		1 精子凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記開始日と同じ場合も記載してください。)		
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	備考 ()		
	II	女性へ妊孕性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)			
		1 胚（受精卵）凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記開始日と同じ場合も記載してください。)		
		2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	備考 ()		
III	I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)				
		他医療機関への依頼	あり ・ なし	院外処方	あり ・ なし
		医療機関名 ()			
		依頼内容 ()			
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおりに）			
備考（※3）					

- ※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 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。
- ※3 妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

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	— —

- ・ 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、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法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。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

様式第2-2号（指定要項第4条の2（2）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書
（温存後生殖補助医療実施医療機関）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業の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（※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

主治医氏名（自署）

温存後生殖補助医療の対象者（※2）	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	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		
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
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。			はい ・ いいえ	
対象者又は配偶者は、過去に妊孕性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去（ ）回受けた （助成を受けたことがある場合） 助成を受けた都道府県名（ ） 温存後生殖補助医療実施医療機関名（ ）				
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。 該当する番号に○を付けてください。	生殖補助医療開始日 （ 年 月 日）	生殖補助医療終了日 （ 年 月 日） ※上記開始日と同じ場合も記載してください。
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	備考 （ ）	
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合		
III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名（ ） 依頼内容（ ）			
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおりに）		
備考				

- ※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 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。
 ※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

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	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 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。
- ・ 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合の費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書に記載は不要です。