

記入例(本様式は、原疾患の主治医が記載します。)

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(生殖機能温存治療分)

事業対象となる生殖機能が低下又は喪失するおそ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。

2021年10月1日	証明書を作成した日付	
<ul style="list-style-type: none"> ・手書きする場合は、ボールペンなど筆跡が消えない筆記具で記入してください。 ・誤記入箇所は、二重線で訂正してください。 	医療機関の所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1
	医療機関の名称	〇〇病院
	診療科	血液内科
	原疾患治療主治医氏名	×× △△ (自署)

生殖機能温存治療を受けた者	ふりがな	とうきょう はなこ								
	氏名	東京 花子								
	生年月日・性別等	1986	年	7	月	1	日生	男	・	女
治療方法	原疾患について									
	原疾患名(※)					左記の診断日				
	悪性リンパ腫					2021年 9月 1日				
						診断医療機関名 (××病院)				
原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療										
治療内容に○を付けてください。(複数可)					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					
<input checked="" type="radio"/> 1 薬物療法 <input checked="" type="radio"/> 2 放射線療法 3 その他 ()					2021年 9月 15日					
					実施医療機関名 (××病院)					
生殖機能温存治療実施医療機関名 (〇〇病院)										
生殖機能温存治療実施のため紹介する医療機関名を記載してください。院内他科へ紹介する場合は、自施設の名称を記載してください。										
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業 <small>又は他道府県のがん等生殖機能温存療法研究促進事業</small>										<input checked="" type="radio"/> 1 1回目の申請 <input type="radio"/> 2 2回目の申請 (1回目の申請は東京都) <input type="radio"/> 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の道府県) →道府県名 { }
<ul style="list-style-type: none"> ・今回が何回目の申請か、当てはまる選択肢に○を付けてください。 ・患者が東京都以外の道府県で、過去に本事業助成を受けている場合は、助成を受けた道府県名を記入してください。 										

※ 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。