様式第１－３号

大阪府
がん患者等妊よう性温存治療費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予定である（実施した）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

原疾患治療主治医氏名　　（自署）

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
治療方法	原疾患について	
	原疾患名（※） （　　）	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	
	治療内容に〇を付けてください。 （複数可） １薬物療法 ２放射線療法 ３その他 （　　）	事業の対象となる原疾患治療の開始予定日 又は開始した日 年　　月　　日 実施医療機関名 （　　）
妊よう性温存治療実施医療機関名 （　　）		
本事業の申請回数 （いずれかの番号に〇を付けてください）		１　１回目の申請 ２　２回目の申請 （１回目の申請は大阪府） 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｛　　｝

※　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。