

この様式は、厚生労働省が認定した先進医療のうち、がん治療を目的とした治療を実施する医療機関が記載するものです。

様式第1号の2（第5条関係）

豊島区がん先進医療費利子補給金  
治療実施計画書

豊島区長

年 月 日

がん治療を目的とした先進医療を実施する医療機関  
(医療機関名及び住所・電話番号)

(主治医) \_\_\_\_\_ 印

がんに対する治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施する計画であることを証明します。

記

1 対象患者

氏名 \_\_\_\_\_ (年齢 歳 / 性別 男・女)

住所 豊島区 \_\_\_\_\_

2 がんの部位又は名称

\_\_\_\_\_

3 実施予定の先進医療

(1) 先進医療技術名 (厚生労働省認可を受けた医療技術の名称)

\_\_\_\_\_

(2) 先進医療費 ※がん治療を目的とした先進医療に係る治療費のみ記載してください。

金 \_\_\_\_\_ 円

(3) 治療の予定期間

年 月 日 ~ 年 月 日