（様 式 2）患者相談員記入

「こうのとりマリーン基金」助成申請意見書

病 院 名

記入日　20　　年　　月　　日

患者相談担当者　　㊞

1. 卵子保存にかかる諸経費

①診療費

診察日もしくは治療日	内　容	金　額	備　考
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
20　年　月　日	初診・通院・採取・その他	円	（見込　確定）
	小計額　①	円	

②卵子保管料

保管期間	金　額	備　考
20　年　月　日 ～　　年分　②	円	（見込　確定）

※　2回目以降の保管料は支払いまたは、請求がある毎に申請してください。

経費合計金額　①＋②	円

2. 卵子保存にかかわる他の団体からの支援、減免等

内　容　＜支援団体（行政）名・支援名称など＞	金　額	備　考
		決定・申請中
		決定・申請中
		決定・申請中

3. 再申請

こうのとりマリーン基金から以前に助成を受けている場合はご記入ください。

年　　月　　金額　　円

※　申請者様からお聴き取りの上ご記入ください。行政から受けられる助成があれば申請のご助言等お願いいたします。
　　他からの支援を受けていても、ご本人の負担があれば上限までは助成の対象となります。
※　金額が確定している場合には領収書又は請求書のコピーを添付して下さい。
※　記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

2018