

「こ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 所属

氏名

印

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。行政から助成が受けられる方は対象外となります。自治体の助成制度についてご助言等お願いいたします。

※ 記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

2020