

「志村大輔基金」助成申請書

見 本

※年号は西暦で記入願います

【精子保存支援】					申請日	2021 年 8 月 30 日	
フリガナ 申請者氏名	マチダ ハナコ 町田 花子	西暦 1973 年 7 月 10 日生	48 歳	患者との続柄		母	
現住所	〒000-0000 東京 都道 町田市町田●-●-● マンション101号 府県			電話	000-0000-0000		
E-MAIL	〇〇〇〇〇〇@gmail.com						
緊急連絡先	申請者携帯						
フリガナ 患者氏名	マチダ 仔朗 町田 一郎	男 女	西暦 2004 年 9 月 7 日生 17 歳	発病	西暦 2021 年 8 月 頃		
病名	急性骨髄性白血病			精子採取時期	2021 年 8 月		
治療中の病院		東京都町田市医療センター			電話	000-0000-0000	
	主治医	東京 太郎		診療科	血液内科		
精子採取病院	病院名	東京都神田医院			電話	000-0000-0000	
	主治医	神田 花子		診療科	産婦人科		
生計を 一にする 家族	続柄	フリガナ 氏名	年齢	職業(学校等)	収入額 (円)	その他特記事項※	
	申請者	マチダ ハナコ 町田 花子	48	会社員	3,000,000 円		
	患者	マチダ 仔朗 町田 一郎	17	高校生	0 円	児童扶養手当●●●円	

※各種児童手当、傷病手当金、各種年金(障害、遺族等)受給の場合もご記入ください(収入に含まれます)。

【事務局記載欄】

添付書類

- 住民票
- 所得証明
- 領収書の写し

☐
☐
☐

 収入合計
 収入上限

(基準内・対象外)

2021.10