

(様式2)

「志村大輔基金」助成申請内容【精子保存支援】

※ 支払いに関する領収書の写しを必ず添付ください。

①採取料

採取日	費用	備考
20 年 月 日	円	保存料を含む(年分)・含まない
20 年 月 日	円	

②保存料

保存期間	費用	
20 年 月 日 ~ 年分	円	

③採取にかかる交通費(採取時のみ助成)

<input type="checkbox"/> 患者	<input type="checkbox"/> 家族(未成年等の場合)	
<input type="checkbox"/> 公共交通機関(バス、電車等) 経路:	小計	円
<input type="checkbox"/> タクシー(領収書添付)	小計	円
<input type="checkbox"/> マイカー	病院(自宅)~採取病院までの距離数:	km
	自家用車の車種:	小計 円
	(燃費は車種から一般的な燃費を基準にします) 有料道路利用の場合は領収書(またはETCカード明細)コピーを提出	
<input type="checkbox"/> 徒歩	合計	円

① 費用合計金額 ①+②+③	円
----------------	---

② 自治体からの助成	受取日 年 月 日	受取額 円
------------	-----------	-------

【事務局記載欄】

助成対象額(①-②-)	円
--------------	---