

(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
------------	---	---