

(様式2)

「こうのとりのマリン基金」助成申請内容

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	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
20 年 月 日	初診・通院・採取・その他	円	(保険診療・自費)
小計額 ①		円	

②卵子保存料

保存期間	金 額	備 考
20 年 月 日 ~ 年分 ②	円	

※ 2回目以降の保存料は支払い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
自治体の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」		決定・申請中
		決定・申請中
		決定・申請中

3. 再申請 こうのとりのマリ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

※ 記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

【事務局記載欄】

経費合計額	支援金合計	基金助成対象額
-------	-------	---------