

(様式 1)

「こうのとりの基金」助成申請書

※年号は西暦で記入願います

申請日 20 年 月 日

フリガナ 申請者氏名	西暦 年 月 日生 歳	患者との続柄	
現住所	〒 都道府県	電話	
緊急連絡先	※電話で問合せをさせていただく場合があります		

フリガナ 患者氏名	西暦 年 月 日生 歳	発病	年 月
病名	卵子採取		西暦 年 月 日
血液疾患 治療の病院	病院名	電話	
	主治医	診療科	特記事項
卵子採取病院	病院名	電話	
	主治医	診療科	特記事項

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(単位:円)	その他特記事項
	患者本人					

※給与、営業所得の他、各種児童手当、年金(国民年金、厚生年金、障害年金、遺族年金、等)、傷病手当、失業手当、生活保護費等、の受給の場合その他特記事項に内容を記載し金額もご記入ください。

※続柄は、患者本人から見た続柄。小児であれば「父」「母」「兄」など。成人であれば「妻」「長男」など。

助成金振込口座	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義(フリガナ)	()		

【事務局記載欄】

添付書類

- 1 住民票 ☐ 5 領収書のコピー ☐ 収入合計 _____
 2 収入を証明する物 ☐ 6 () ☐ 収入上限 _____
 3 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に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)のコピー ☐
 4 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に係る証明書(原疾患治療実施医療機関)のコピー ☐

2021.5