

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成金請求書
 (小児・AYA世代のがん患者等の妊^に孕性温存療法研究促進事業)
 (温存後生殖補助医療分)

愛知県知事 様

※記入不要。請求日は、助成金の支給決定後の記入となります。
 ※申請時には必ず空欄でお出してください。

下記の金額を請求します。

年 月 日

申請者	ふりがな	あいち はなこ		生年月日	1990 年 4 月 1 日生				
	氏名	愛知 花子		性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女				
	住所	〒 460-8501 名古屋市中央区三の丸三丁目1番2号							
	電話番号	052-954-6326							
過去に妊孕性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。 ない ・ <input checked="" type="radio"/> ある ※助成を受けたことがある場合： ・ 自身が過去（ 1 ）回受けた ・ パートナーが過去（ 0 ）回受けた ・ 助成を受けた都道府県名（ ○○県 ）									
振込先	フリガナ	アイチハナコ							
	口座名義	愛知 花子							
	金融機関名	〇〇銀行	支店名	三の丸支店					
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通	当座	口座番号	1	0	0	0	0
請求額				金				円	

※請求額は、申請内容の審査後に確定しますので、記載は不要です。
 ※申請時には必ず空欄でお出してください。