

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<sup>ほ</sup>孕性温存療法研究促進事業)

(妊よう性温存療

※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。

愛知県知事 様

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		妊よう性温存療法を受けた者との関係					
	氏名	愛知 花子		本人					
	生年月日・性別	1990年 4月 1日生		男・女					
	住所	〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号							
	電話番号	052-954-6326							
妊よう性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----							
	氏名	-----							
	生年月日・性別	年 月 日生		男・女					
	住所	〒 -							
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業 (妊孕性温存療法研究促進事業) 妊よう性温存療法分の申請回数  (いずれかの番号に○を付けてください)				① 1回目の申請 ② 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) ③ 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }					
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。									
振込先	フリガナ	アイチハナコ		金融機関名	〇〇銀行		支店名	三の丸 支店	
	口座名義	愛知 花子			〇〇銀行			三の丸 支店	
	口座種別	普通・当座		口座番号	1	0	0	0	0

※申請者名義の振込先を御記入ください。