

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^{よう}孕性温存療法研究促進事業)

愛知県知事 様

請求日は、助成金の支給決定後の記入となります。

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			妊孕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	1980 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							
妊孕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)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				<input checked="" type="radio"/> 1 1回目の申請 <input type="radio"/> 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) <input type="radio"/> 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、確定しますので、申請時は記載不要です。									
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		申請者名義の振込先を御記入ください。					
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 ・ 当座		口座番号	1 0 0 0		0 0 0		