

**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

下記の金額を請求します。

年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日生
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒 -			
	電話番号				
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 ・ ある  ※助成を受けたことがある場合： ・ 自身が過去（ ） 回受けた ・ パートナーが過去（ ） 回受けた ・ 助成を受けた都道府県名（ ）					
振込先	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名		支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
請求額			金 円		