

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

※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 ・ 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									
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 ・ 有る											
※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 ( 〇〇県 )											
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	普通	当座	口座番号	1	0	0	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。