

名古屋市がん患者妊よう性温存治療費助成金請求書

(宛先) 名古屋市長
がん患者妊よう性温存治療費助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

請求者	ふりがな		男 ・ 女	助成対象者との関係	
	氏名				
	住所	〒 —			
	電話番号	【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 () 】 ※日中必ず連絡のとれる電話番号を記入 — —			
助成対象者 (申請者と 同じ場合は 該当項目に ☑)	ふりがな		ふりがな		
	氏名	□ 申請者と同じ		配偶者 氏名	※胚(受精卵)凍結の場合のみ
	生年月日 ・性別	年 月 日生 男 ・ 女			
	住所	〒 — □ 申請者と同じ			
	電話番号	【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 () 】 ※日中必ず連絡のとれる電話番号を記入 — — □ 申請者と同じ			
内 容 (受けた ものに☑)	□ 卵子、胚(受精卵)、卵巢組織の採取・凍結保存 □ 精子の採取凍結(手術を伴うものを含む) □ 意思決定支援		請求額	金	円

振込先 (申請者 名義)	ふりがな		金融機関名	銀行						本店
	口座名義			金庫						支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号							出張所