様式第３号

岩手県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金請求書

年 　 月 　日

岩手県知事　　　　　　　　様

請求者　住所

　　　　氏名

 年 　月　 日付け岩手県指令　　　第 号で交付決定のあった岩手県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金について、次のとおり請求します。

請求金額 金 　　　　　 　　 円