

様式第 3 号

岩手県小児・A Y A 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・A Y A 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