様式第３号

年　　月　　日

青 森 県 知 事　　殿

（請求者）住　所

氏　名

青森県がん患者等の妊よう性温存療法
費用等助成事業助成金請求書

金　　円

ただし、　　年　　月　　日付け青が生第　　号で助成決定を受けた青森県がん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業助成金として上記の金額を請求します。