第11号様式（第14条関係）

高知県妊よう性温存治療費補助金（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）台帳(温存後生殖補助医療分)

受給番号	申請年月日	決定年月日	承認・不承認	申　請　者									婚姻関係にある者（夫または妻）			補助決定額	不承認の理由	申請回数	治療方法		温存後生殖補助医療実施医療機関	備考
				氏名	ふりがな	性別	生年月日	年齢	住所	電話番号	患者アプリ番号	患者アプリ番号を記載出来ない理由	氏名	ふりがな	申請者との関係					別表１－２の※３～６に該当する場合		