第７号様式（第14条関係）

高知県妊よう性温存治療費補助金台帳(妊よう性温存治療分)

受給番号	申請年月日	決定年月日	承認・不承認	受　療　者									申　請　者（保護者等）					補助決定額	不承認の理由	申請回数	治療方法	原疾患名	妊よう性温存治療実施医療機関	原疾患治療実施医療機関	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	治療者との関係	住所	電話番号								