

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

(ふりがな)		生年月日	年 月 日
妊産婦氏名			
住 所	〒		
病 名	妊娠高血圧症候群 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 産科出血 ・ 心疾患		
入院した 医療機関	名称		
	所在地		
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり療養援護費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者の氏名 _____ 印</p> <p>妊産婦との続柄 ()</p> <p>申請者の住所 〒 _____</p> <p>_____</p> <p>申請者の電話番号 (-)</p> <p>石川県 保健所長 様</p>			
* 申請受付 年月日		* 決定年月日	
		* 支給年月日	

- (注) 1. 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。
 2. * 印欄は、申請者は記入しないでください。