

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
病 名	妊娠高血圧症候群 ・ 子癇 関連疾患（肺水腫・脳出血・常位胎盤早期剥離・HELLP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		
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。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 申請者の住所 連絡先(TEL) 申請者の氏名 </div> <div style="margin-top: 20px;"> (宛先) 埼玉県知事 </div>			
* 保健所長の意見			
* 申請受付年月日	* 支給年月日	* 決定年月日	
* 経 由 保 健 所 名			* 支給決定額

(注)1 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。

2 *印は、申請者は記入しないでください。