

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

患者氏名	(ふりがな)		生年月日	年	月	日
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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者 (電話番号 - -)</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">口座振替先 金融機関名 支店名 口座種別 口座番号 口座名義人 (カナ)</p> <p>静岡県 保健所長 様</p>						

(注) 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。