別添２

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">S・H　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="4">妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院した
医療機関</td><td>名　　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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。

平成　　年　　月　　日

申請者の住所
申請者の氏名　　印

保健所長　　様</td></tr>
<tr><td>※　申請受付
年　月　日</td><td></td><td>※　決　　定
年　月　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>※　支　　給
年　月　日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

（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。

別添２の２

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
氏　　名</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">死　　亡
年 月 日</td><td rowspan="2">平成
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="5">妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患</td></tr>
<tr><td>死 亡 当 時
の 住 所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">入 院 し た
医 療 機 関</td><td>名　　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記妊産婦が死亡した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族</td><td>氏　　名</td><td>続　柄</td><td>性　別</td><td>生 年 月 日</td><td>職　　業</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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。

平成　　年　　月　　日

申請者の住所

申請者の氏名　　印

保健所長　　様

※ 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。