## 別添2

## 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				
氏 名			1 生平月日	S·H 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	名 称						
医療機関	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。  平成 年 月 日  申請者の住所 申請者の氏名  「印  保健所長 様							
<ul><li>※ 申 請 章</li><li>年 月</li></ul>	受付 日	<ul><li>※ 決</li><li>年 月</li></ul>	定日日				
	н	※ 支	給				
		年月					

- (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

病       名       妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患         死       亡当時の住所         入院した       名 称         医療機関 所在地       大品紅産婦が死亡した当時生計を同じくしていた配偶者又は裁族       氏 名 続 柄 性 別 生年月日 職 業         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         保健所長 様       ※ 決 定年月日         ※ 支 給年月日       ※ 支 給 年月日         ※ 支 給 年月日	(ふりがな)									
病 名 妊娠高血圧症候群・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患  死 亡 当 時 の 住 所  入 院 し た 名 称  医 療 機 関 所 在 地  上記妊産婦が死亡 氏 名 続 柄 性 別 生 年 月 日 職 業 した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族  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  申請者の氏名  印  保健所長 様  ※ 申 請 受 付 年 月 日 ※ 夫 給						一 死 亡	平成			
死 亡 当 時 の 住 所  入 院 し た 名 称  医 療 機 関 所 在 地  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  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 ※ 支 給	氏 名					年月日	年	月 日		
死 亡 当 時 の 住 所  入 院 し た 名 称  医 療 機 関 所 在 地  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  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 ※ 支 給										
の住所       人院した名称         医療機関所在地         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       人名 続 柄 性 別 生年月日 職 業         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任所申請者の氏名       中請者の任所申請者の任所申請者の氏名	病名	妊	<b>娠高血</b> 月	E症候群	・糖尿病	・貧血・産科	出血・心疾患	Į.		
入院した名称       医療機関所在地         上記妊産婦が死亡 氏名 続柄性別生用月 職業         した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族       場所養援護費の支給を申請します。         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       申請者の氏名         保健所長様       ※決定年月日         ※決定年月日       年月日         ※支給	死 亡 当 時									
医療機関       所在地         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       氏 名 続 柄 性 別 生年月日 職 業         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任所申請者の氏名         申請者の任所申請者の氏名       印         保健所長 様       ※ 決 定年月日         ※ 申 請 受付年月日       ※ 決 定年月日         ※ 支 給	の住所		ı							
上記妊産婦が死亡     氏     名     続柄     性別     生年月日         した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族     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任所申請者の氏名     申請者の任所申請者の氏名     印       保健所長様     様     ※決定年月日     年月日       ※申請受付年月日     ※決定年月日       ※支給	入院した	名 称								
した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族         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       ※ 決 定 年 月 日         ※ 専 請 受 付 年 月 日       ※ 支 給	医療機関	所 在 地								
じくしていた配偶者又は親族         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         保健所長 様         ※ 申 請 受 付 年 月 日         年 月 日         ※ 支 給	上記妊産婦が死亡	氏	名	続 杯	j 性 別	生年月	日職	業		
引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       保健所長 様       ※ 申 請 受 付 年 月 日       年 月 日       ※ 決 定 年 月 日       ※ 支 給	した当時生計を同	]								
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	じくしていた配偶	1								
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  ※ 支 給	者又は親族									
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		•				•	<b>.</b>			
申請者の住所 申請者の氏名    印	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。									
申請者の氏名	平成	年 月	日							
申請者の氏名										
保健所長     様       ※ 申請受付年月日     ※ 決定年月日       年月日     ※ 支給	申請者の住所									
※ 申請受付     ※ 決 定 年 月 日       年月日     ※ 支 給	申請者の氏名							印		
※ 申請受付     ※ 決 定 年 月 日       年月日     ※ 支 給										
年 月 日     ※ 支 給	保健所長様									
年 月 日     ※ 支 給										
※ 支 給	※ 申 請 🕏	受 付			※ 決	定				
	年 月	日			年	月 日				
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。