様式第１号の２（用紙　日本産業規格 A4 縦型）

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

<table>
<tr><td>（ふりがな）
患者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日
（死亡の場合は、死亡年月日）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所
（死亡の場合は、死亡当時の住所）</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>患者本人が申請出来ない理由</td><td colspan="4"></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。

年　月　日

〒

住所

申請者　（電話番号　－　－　）

氏名

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）

静岡県　保健所長　様

（注）１　「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。
２　患者本人と申請者との続柄を示す書類を添付してください。