

妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）等療養援護費支給申請書

(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日
住所	(〒 -) 宮崎市			
	電話 () -			
病名	妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）・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>療養援護費の支給を受けたいので関係書類を添えて援護費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名 印</p> <p>宮崎市長 殿</p>				
*申請受付 年月日			*決定 年月日	
			*支給 年月日	

- (注)
- 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。
 - *印欄は、申請者は記入しないでください。