

様式第 1 号

妊娠高血圧症候群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					
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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <p>鳥取県知事 様</p>					
※保健所長 の 意 見					
※申請受付 年 月 日		※進 達 年月日		※決 定 年月日	
※経 由 保健所名				※支 給 決定額	

下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行 店				
	金庫				
	組合 所				
預 金 種 別	普 通 当 座	(ふりがな) 口座名義人	( )		印
口 座 番 号					左詰めで記入