

妊娠中毒症療養援護費支給申請書

本人	ふりがな 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	住所				
(配 又は 偶 親 族 者)	氏名		職業		
	住所			本人との続柄	
病名	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				
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。					
令和 年 月 日					
申請者の住所					
申請者の氏名 印					
(あて先) 秋田県知事					
※保健所長の意見 (該当番号を○印で囲む)	1. 認定基準を満たしていると認められる 2. 認定基準を満たしていない				
※申請受付年月日	年 月 日	※意見記載 (進達)年月日	年 月 日		
※経由保健所名	保健所				
*決定年月日	年 月 日	*支給決定額	円		

- (注) 1. 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。
2. ※印、*印は、申請者は記入しないでください。