

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	
居住地 (住所)	鹿児島市	丁目	番	号	
		町	番地		
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	市	丁目	番	号
		郡	町・村	番地	
<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。 なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p>申請者住所 市 丁目 番 号 郡 町・村 番地</p> <p>ふりがな 申請者氏名 (署名又は記名押印)</p> <p>申請者生年月日 年 月 日</p> <p>年 月 日</p> <p>鹿児島市長 殿</p>					

注 「病名」は該当する病名を○で囲んでください。