

別記第1号様式

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	函館市			
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	(電話)		
<p>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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 (電話)</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>函館市長 様</p>				

【振込口座】

振込先銀行等の名称	支店名等	口座番号	口座名義
	本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ 漢字

※申請者と口座名義人は同一であること

受 理 印

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
死亡当時の住所	函館市			
死亡年月日	年 月 日			
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	(電話)		
<p>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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 (電話)</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>函館市長 様</p>				

【振込口座】

振込先銀行等の名称	支店名等	口座番号	口座名義
	本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ 漢字

※申請者と口座名義人は同一であること

受 付 印