

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)			生年月日	年	月	日
氏 名						
住 所	旭川市					
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					
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。 年 月 日 〒 住 所 申請者 氏 名 電 話 (あて先)旭川市長						

(注)1. 「病名」は, 該当するものを○で囲んでください。
(注)2. 証明書等に費用がかかる場合は, 申請者の負担となります。

【振込口座】 ※申請者と口座名義人は同一であること。

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義(フリガナ)
本店 ・ 支店	普通 当座		