

妊娠高血圧症候群等医療費助成申請書

(ふりがな) 氏名			死 亡 年月日	年 月 日		
病 名	妊娠高血圧症候群及び関連疾患・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患					
死亡当時の 住 所						
入院した 医療機関	名 称					
	所在地					
上記妊産婦が死亡した 当時、生計を同じくし ていた配偶者又は親族	氏 名	続 柄	性 別	生年月日		
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり医療費の助成を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者の住所</p> <p style="text-align: center;">申請者の氏名</p> <p style="text-align: center;">香川県知事 殿</p>						
※申請受付年月日			※県受付年月日			
※経由保健所			※決定年月日			

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