

## 妊娠高血圧症候群等医療費助成申請書

|  |                                |         |       |
|--|--------------------------------|---------|-------|
| (ふりがな)<br>氏名   |                                | 生年月日    | 年 月 日 |
|  |                                |         |       |
| 住所   |                                |         |       |
| 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 |         |       |
| 入院した<br>医療機関   | 名称                             |         |       |
|  | 所布地                            |         |       |
| <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>年 月 日</p> <p>申請者の住所</p> <p>申請者の氏名</p> <p>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。