

妊娠高血圧症候群等医療費助成申請書

(ふりがな) 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 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。