様式第１号の２

妊娠高血圧症候群等療養援護費支給申請書

<table>
<tr><td>(フ　リ　ガ　ナ)
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>死亡年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="4">妊娠高血圧症候群、糖尿病、貧血、産科出血、心疾患</td></tr>
<tr><td>死亡当時の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院した医療機関</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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または親族</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>性別</td><td>生年月日</td><td>職　　業</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">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

申請者の住所

連絡先(TEL)

申請者の氏名

(あて先)
川口市長</td></tr>
<tr><td rowspan="2">※市記入欄</td><td>＊申請受付年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>＊決定年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>＊支給年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>＊支給決定額</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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