

様式第1号（第4条関係）

妊娠高血圧症候群等療養援助費支給申請書

年 月 日

（あて先）さいたま市長

住 所  
申請者 氏 名  
連絡先

療養援助費の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
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		
	住所地		
*決定年月日			
*支給決定額			
*支給年月日			

- (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。  
3 今回の入院の領収書又は請求書を添付してください。

振込口座

振込金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
		普 通 当 座		

(注) 名義は、申請者と一致すること。