|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第２号（第２条関係） |  |  |  | 福祉事務所　　　　　　　　受理年月日 |
|  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 保　　護　　変　　更　　申　　請　　書 | 　 |
| 　 | （　妊産婦加算 ・ 妊娠検査料　） | 　 |
| 　 | 　　　沖縄市福祉事務所長　　 様 |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  | 　　 年　　　　月　　　　日 | 　 |
| 　 |  | 住所 |  |  | 　 | 　 |
| 　 |  | 氏名 | 　 | 　 |   | 　 |
| 　 | 　 下記のとおり、生活保護法による保護の変更を申請します。 |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 記 | 　 |
| 　 | 妊 産 婦 氏 名 | 　 | 世帯主との続柄 | 　 | 　 |
| 　 | 妊 娠 月 数 | 　　　　　　　　　　ヵ　月 | 　 |
| 　 | 出産（予定）日 | 年　　　　月　　　　日 （頃） | 　 |
| 　 | 母子健康手帳番号 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  （注） 役所に妊婦届をしていないため、母子健康手帳を持っていない場合は次の証明が必要です。 | 　 |
| 　 | 証　　　　明　　　　書 | 　 |
| 　 | 　　　上記の者は、妊娠　　　　ヵ月であることを証明します。 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　　 | 　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 　 | 　 | 医　師  | 住所 |  |  | 　 |
| 　 | 　 | (助産婦) | 氏名 |  |  　 | 　 |
| 　 | 　 |  | ＴＥＬ |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 妊婦健康診査料 | 　検診日　〔　　　年　　　月　　　日 〕 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 |  |  |  |  |  |