|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 〕 | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |