|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１２号（第２条関係） |  |  |  |  |  |  | 福祉事務所　　　　　受理年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 保　　護　　変　　更　　申　　請　　書 |
| 　 | （　出 産 扶 助 費　） |
| 　 |  | 沖縄市福祉事務所長　　 様 | 　　　 　年　　　　月　　　　日  |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  | 世帯主　　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 | 　 |
| 　 | 産　　婦 | 氏　　　名 | 　 | 世帯主との続柄 | 　 | 年齢 | 歳  | 　 |
| 　 | 出産年月日 |  | 早産 ・ 死産の別 | 早　産　　 ・　　 死　産 | 　 |
| 　 | 出産場所 | 　 | 　 |
| 　 | 　　＊入院期間　〔　　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　〕　　 | 　 |
| 　 | 出産状況 | 　正　常　　　・　　　異　常　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | 　 |
| 　 | 出産児氏名 | 　 | 性別〔 男・女 〕 | 健康状態 | 　 | 　 |
| 　 | 出産に要した費用 | 分べん料 | 円  | もく浴料 | 円　 | 　 |
| 　 | 衛　生　材　料 | 品　　　　名 | 単　価 | 数　量 | 金　額 | 備　考 | 　 |
| 　 | 　 | 円  | 　 | 円  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 円  | 　 | 円  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 円  | 　 | 円  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 円  | 　 | 円  | 　 | 　 |
| 　 | 計 | 　 | 　 | 円  | 　 | 　 |
| 　 | 証　明　者 | 　 上記のとおり証明します。 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  |  |  | 　　年 　　　　月 　　　　日 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 医　師　 | 住所　　 |  |  |  |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | （助産婦） | 氏名　　 |  |  |  |  |  　　 | 　 |
| 　 | 　 |  |  |  | ＴＥＬ　　 |  |  |  |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |