

第1号様式（第5条関係）

天城町島外治療旅費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

天城町長 様

申請(請求)者 住 所 天城町
氏 名
電話番号

印

天城町島外治療旅費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

入院・通院した者の氏名		生年月日	
住 所	天城町		
介 添 者 の 氏 名		生年月日	
住 所	天城町	続柄	
入・通院年月日	別紙「入・通院証明書」のとおり		
往 復 日 程	行き： 年 月 日／帰り： 年 月 日		
交 通 手 段	航空機・船舶		
振 込 希 望 先	金融機関名		支店名
	口座番号	普通・当座	

【添付書類】入院・通院証明書／往復運賃の領収書／町税等完納証明書

※ 助成金の額は離島割を適用した、徳之島・鹿児島間の航空運賃及び船舶運賃の半額を上限とします。

【町記入欄】※下記は記入しないでください。

決裁欄	町長	副町長	総務課長	課長	補佐	係長	係
助成額	区分			実費運賃		助成額	
	対象者分	航空運賃		円		円	
		船舶運賃		円		円	
	介添者分	航空運賃		円		円	
		船舶運賃		円		円	
合計						円	
備考							