

第1号様式(第5条関係)

天城町子ども通院費等支援事業助成金交付申請書

年 月 日

天城町長 殿

申請者

住所 天城町

氏名

印

電話番号

天城町子ども通院費等支援事業実施要綱の規定に基づき、次の通り助成金の交付を申請します。

対象者	子ども	フリガナ 氏名		付添者	フリガナ 氏名	
		生年月日	年 月 日生		生年月日	年 月 日生
住所		天城町				
医療機関等名称						
(通院・入院)期間		年 月 日 ~ 年 月 日				

(振込先)

金融機関	金融機関名	
	支店	
口座番号		普通・当座
口座名義	フリガナ	
	名義人	

町記入欄(※以下の欄は、記入しないで下さい。)

添付資料	確認欄	受付印
島外で医療等を受ける必要性を示す医師の診断証明書		
交通費・宿泊費の領収書		
町税等完納証明書		
対象者(子ども)の申請回数(年度内2回まで)	回目	

決裁欄	町長		副町長		総務課長		課長		補佐		係長		係	
助成申請額					ア:申請額		イ:助成上限額		ア又はイの低い額					
	旅費相当額								円					
	合計								円					
備考														