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兼請求書

年　　月　　日

天城町長　　殿

申請(請求)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		付添者	フリガナ	
		氏名			氏名	
		生年月日	年　月　日生		生年月日	年　月　日生
医療機関等名称						
受診日・入退院日			年　月　日　～　年　月　日			
往復日程			年　月　日　～　年　月　日			
振込先		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			

【添付書類】

□医師の診断証明書（第2号様式（第5条関係））※年度内1回提出

□医療機関等の診療明細書等

□交通費・宿泊費の領収書ならびに明細書等（内訳が分かるもの）

□町税完納証明書　　※申請回数　　回目（年度内2回まで）

受付印

【町記入欄（※以下の欄は、記入しないで下さい。）】

甲	町長	副町長	総務課長	課長	補佐	係長	係
決裁欄							

助成額	助成対象		実費額	助成額
	対象者（子ども）	交通費（航空・船舶）	円	円
		宿泊費（1泊・2泊）	円	円
	付添者	交通費（航空・船舶）	円	円
		宿泊費（1泊・2泊）	円	円
	合計		円	円
備考				