

徳之島町ハイリスク妊産婦出産支援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

徳之島町長 様

徳之島町ハイリスク妊産婦出産支援事業実施要綱第3条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり治療等に係る旅費等の助成を申請します。

記

申請者	フリガナ 氏名	印	生年月日 及び年齢	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 電話番号		
乳児の 場合は 対象者	フリガナ 氏名		生年月日 及び月齢	年 月 日 (生後 月 日)
申請金額		金 円		

注 申請金額の内訳を別に記載してください。  
(振込先)

金融機関	金融機関名			
	支 店			
口座 平			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
母子手帳の写し		
診断書の写し		
治療を受けたことを証明できる書類		

緊急搬送に係る担当医等の証明書	
交通費・宿泊費の領収書	