

奄美市遠方の分娩に係る支援助成金交付事業 申請書

令和 年 月 日

奄美市長 殿

申請者

住所 奄美市

電話番号

奄美市遠方の分娩に係る支援助成金交付事業実施要項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金支給の申請をします。

記

母親	フリガナ 氏 名	印	生年月日	S・H	年	月	日
	住 所	□申請者と同じ 〒 奄美市 (電話番号)					
振込先		(銀行・金庫・組合)	口座番号				
支店名		(本店・支店・出張所)	フリガナ 口座名義				
下記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 受任者 住 所 氏 名 印 申請者との続柄							

※下記は記入しないで下さい。

分娩施設名【 】 分娩日【令和 年 月 日】

	移動日	移動手段	実際の支払額	自己負担額	申請額
往路	R 年 月 日	航空機 ・ 船	円	円	円
	R 年 月 日	バス・タクシー ・ レンタカー	円	円	円
	R 年 月 日	バス・タクシー ・ レンタカー	円	円	円
復路	R 年 月 日	航空機 ・ 船	円	円	円
	R 年 月 日	バス・タクシー ・ レンタカー	円	円	円
	R 年 月 日	バス・タクシー ・ レンタカー	円	円	円

小計 円

宿泊日	宿泊日数	宿泊施設	実際の支払額	自己負担額	申請額
R 年 月 日 ～R 年 月 日	泊 日		円	円	円
R 年 月 日 ～R 年 月 日	泊 日		円	円	円

小計 円

合計