

奄美市

証明書（遠方分娩旅費等）

妊婦氏名 \_\_\_\_\_ 出産予定日 令和 年 月 日

住所 奄美市 町 番地 号

上記の者は（理由） のため、 病院にて

分娩が必要と認めます。

令和 年 月 日

病院名

医師名

(印)

奄美市長 安田 壮平 殿

※この証明書は「遠方の分娩に係る支援助成金交付事業」の認定に用いるものです。