

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



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。