

第 1 号様式（第 5 条関係）

奄美市子ども通院費支援事業助成金交付申請書				
年 月 日				
奄美市長 殿				
申請者 住 所 奄美市				
申請者名 ⑩				
電話番号（ - - ）				
奄美市子ども通院費支援事業実施要綱第 5 条の規定により，下記のとおり申請します。				
また，この申請に伴い，申請者に係る市税等の納付状況を確認することに同意します。				
対 象 児	住 所			
	フリガナ 氏 名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (歳)
付添者氏名			対象児と の続柄	
助成の回数		回目		

※ 申請者名は，記名押印に代えて署名することができます。

医療機関等証明（医療機関等記入欄）	
疾 病 名	
受 診 日	年 月 日 から 年 月 日まで
上記のとおり証明します。	
年 月 日	
医療機関等所在地	
医療機関名 ⑩	

注) 医療機関等が発行した領収書等を添付することで，上記証明に代えることができます。

- (添付書類)
- 1 島外で医療等を受ける必要を示す医師の診断証明等（同一疾病名の場合は，毎年度 1 回提出）

2 交通費及び宿泊費の領収書等

3 医療機関が発行する領収書等

4 その他市長が必要と認める書類
- ☐ 添付書類 審査済

※市記入欄

納付状況確認
(税務課確認印)