

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 ㊟				
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，申請者及び配偶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 ㊟	

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

確認する市税等

市税（住民税・固定資産税・軽自動車税・国民健康保険税）
介護保険料，後期高齢者保険料，市営住宅家賃，保育料，
保育所給食費，学校給食費等

納付状況確認

(各支所担当課確認印)