

別記
第1号様式（第4条関係）

龍郷町ハイリスク妊産婦出産支援事業申請書 龍郷町ハイリスク妊産婦出産支援事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、申請します。 龍郷町長 殿 住所 龍郷町 氏名 電話番号 対象者との続柄（ ）				
対象者	住 所	龍郷町		
	氏 名			
	生 年 月 日			
旅 費 実 費 額		円		
宿 泊 実 費 額		円		
助成金	フ リ ガ ナ		金融機関名	銀行・金庫・組合 本・支店
振込口	口座名義人			
座	預 金 種 別	当座 普通	口座番号	

◎ 医療機関等証明

入(通)院者氏名				
疾病名				
入(通)院期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
上記のとおり証明します。		年 月 日		
		医療機関等の所在地		
		病 院 名 ⑧		

備考（1） 診断書等の写し（島内で治療等困難な事由の記載があるもの）
（2） 緊急搬送をした場合にあっては、緊急搬送に係る担当医の証明書
（3） 交通費・宿泊費の領収書

◎支給決定伺（※この欄は、記入しないで下さい。）

該当 非該当 の別	該当 ・ 非該当	受付年月日	年 月 日			助成額	円		
		決済年月日	年 月 日						
		支給年月日	年 月 日						
決済欄		課長		補佐		係長		係	