別記第１号様式(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 龍郷町子ども通院費等助成申請書  　　　年度龍郷町子ども通院費等助成金を下記のとおり申請します。  龍郷町長　殿　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  申請者　住　所　大島郡龍郷町  氏　名　　　　　　　　　　　　　印　※1  対象児との続柄　(　　　)  電話　　　　　　(　　　) | | | | | |
| 対  象  児 | 住　　　所 | | 大島郡龍郷町 | | |
| フリガナ | |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 | |  |
| 助成金  振込口座 | | フリガナ |  | 金融機関名 | 銀行・金庫・組合  　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口座名義人 |  |
| 預金種別 | 当座　・　普通 | 口座番号 |  |

備考１　龍郷町子ども通院費等助成事業実施要綱第３条に規定する往復実費費用、宿泊費　費用の領収書を添付してください。

　　２　医療機関等証明を取得する際の費用の領収書を添付してください。

* 医療機関等証明

|  |  |
| --- | --- |
| 入(通)院児氏名 |  |
| 疾病名 |  |
| 入　院  　通　院　　期間　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで | |
| 上記のとおり、島外において治療等を受ける必要があることを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

◎　支給決定伺　　　※　この欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁　欄 | | | 課  長 |  | | 補  佐 |  | | 係  長 |  | | 係 | |  |
| 該当  非該当  の別 | 該当  非該当 | 受付年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 旅費  実費額 | | | 航空機・船代 | | 宿泊費 | |
| 保護者 | | | 円 | | 円 | |
| 決裁年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 対象児 | | | 円 | | 円 | |
| 証明代 | | | 円 | | | |
| 支給回数 | | | 年度　　　回目 | | | 助成額 | | | 円 | | | |

※1　記名押印に代えて署名する事が出来る