

年 月 日

薩摩川内市長

様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

薩摩川内市離島地域子ども通院費等助成金交付申請書

薩摩川内市離島地域子ども通院費等助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

助成金申請額	円
--------	---

1 子ども

(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	住 所
	年 月 日生(歳)	
	年 月 日生(歳)	
	年 月 日生(歳)	

2 付添者

(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	続柄	住 所
	年 月 日生		
	年 月 日生		

※続柄欄は、子どもからみた続柄を記入すること。

3 添付書類

- (1) 交通費及び宿泊費内訳書（様式第 2 号）
- (2) 離島地域子ども通院費等助成金交付に係る診断証明書（様式第 3 号）
- (3) 助成金交付申請に係る資格確認等同意書（様式第 4 号）
- (4) 交通費及び宿泊費の領収書の写し又はその内容がわかるもの
- (5) 子どもと申請者の関係がわかるもの（付添者が申請者以外の者である場合は、子どもと付添者の関係がわかるものを含む。）
- (6) その他市長が必要と認める書類