

別記

第2号様式（第4条関係）

喜界町子ども通院費等助成申請書

年度喜界町子ども通院費等助成金を下記のとおり申請します。

喜界町長 殿

年 月 日

申請者 住 所 大島郡喜界町

氏 名

対象児との続柄 ( )

電話 ( )

対象児	住 所	大島郡喜界町		
	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	

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、医療機関等を受診したことを証明します。	
	年 月 日
医療機関等所在地	
医 療 機 関 名	印