

様式第1号(第7条関係)

多度津町離島救急患者輸送費補助金交付申請書

年 月 日

多度津町長

殿

申請書 住所
氏名

印

次のとおり補助金の交付を申請します。

1 発 生 年 月 日	年 月 日(曜日)
2 発 生 場 所	
3 発 生 時 刻	現場 時 分 収容 時 分
4 事故、急病の種別	水難 急病 一般負傷 労働災害 その他()
5 事故又は 病状の概要	
6 収 容 先	
7 補 助 金 申 請 額	円
8 患 者	住 所 氏 名 (年齢 歳) 職 業 申請者との続柄

証 明 書

救急患者である
表面のとおり、救急輸送したことを証明する。

年 月 日

(証明者) 消防長又は医療機関

住 所

氏 名 印

※多度津町消防本部で搬送された場合、町が確認するため証明は不要です。

※患者が住民登録されてなく、両島民の親族の場合

証 明 書

下記のとおり、親族であることを証明する。

年 月 日

地区民生委員 氏 名 印

患者名

親族者 住 所

氏 名 (年齢 歳)

患者との続柄