

周産期医療通院費等補助要綱に係る証明書

年 月 日

樣 似 町 長 樣

住所
氏名
(電話番号)

様似町周産期医療通院費等補助要綱により、交通費の交付を受けたいので、次のとおり証明します。

記

[illegible]