

港区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 港区長

(申請者) 住所  
 氏名 (自書又は記名押印)  
 電話番号  
 生年月日

港区禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、港区禁煙外来治療費助成金要綱第7条の規定により、関係書類を添え、申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために住民登録を閲覧し、また、必要がある場合に関係機関への照会や診療明細の閲覧をすることについて、同意します。

受診医療機関名			
調剤薬局名			
区 分	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合 計
1回目 ( 月 日)	円	円	ア    円
2回目 ( 月 日)	円	円	
3回目 ( 月 日)	円	円	
4回目 ( 月 日)	円	円	
5回目 ( 月 日)	円	円	
助成金申請金額			他からの助成の有無
アの金額が 10,000 円以上の場合は 10,000 円		アの金額が 10,000 円未満の場合は アの金額 (100 円未満は切捨て)	
円			有 ・ 無
上記金額を請求します。 また、助成金受給後には、区が実施するアンケート調査等への協力を同意します。 年 月 日 (宛先) 港区長 (請求者) 住所 氏名 (印)			
振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ			依頼印 (印)
口座名義			