

年 月 日

東京都北区長 殿

禁煙治療費助成金交付申請書

〒
住 所 _____
ふりがな
氏 名 _____
電話番号 _____

下記のとおり禁煙治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

| | | | |
|------------------|-----------------------------------|------------------|---------------|
| 氏 名 | (ふりがな) | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) |
| | 男 ・ 女 | | |
| 住 所 | 北区 丁目 番 号 電話 () | | |
| 医療機関 又は 薬局 | (名称) (住所) 区 丁目 番 号 (電話) () | | |
| 受療期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで | | |
| 自己負担額 | _____ 円 | | |

添付書類

禁煙外来治療にかかった医療費、薬剤費の領収書及び明細書（指導及び治療管理が明記された文書）