

第1号様式(第5条関係)

申請日： 年 月 日

(宛先)板橋区長

板橋区禁煙外来治療費助成登録申請書

氏名： _____

電話番号： _____

下記のとおり板橋区禁煙外来治療費助成の登録を申請します。申請にあたり、区が私の住民基本台帳等で世帯の状況を閲覧することに同意します。

記

登録者情報

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒 板橋区
治療状況 ※	<input type="checkbox"/> 治療開始前
	<input type="checkbox"/> 1回目受診済み(受診日： 年 月 日)
受診(予定)医療機関名	
世帯状況 (妊婦や18歳未満の 未成年がいる場合)	<input type="checkbox"/> 妊婦 (氏名：) 妊娠届出年月日： 年 月 日
	【届出先】 <input type="checkbox"/> 板橋区戸籍住民課 <input type="checkbox"/> ()健康福祉センター <input type="checkbox"/> ()区民事務所
	<input type="checkbox"/> 18歳未満の者 (氏名：)

※ 登録対象は、治療開始前の方または2回目受診前の方です。