

申請日： 年 月 日

(宛先) 板橋区長

板橋区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

必要書類を添えて下記のとおり板橋区禁煙外来治療費助成金を申請し下記金額を請求します。助成金は、下記の口座に振り込み願います。

※申請にあたり、区が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、必要があるときは、関係医療機関、調剤薬局に診療明細等を照会することに同意します。

氏名	(フリガナ)		
生年月日	年 月 日	登録番号	
住所	〒 板橋区		
受診医療機関名			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (初診日) (最後の受診日)		
治療経費	助成上限金額	①②いずれか少ない方	申請及び請求額
① 円	② 円	③ 円	③ 円

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店・出張所	金融機関 コード				
	種別 (○で囲む)	1. 普通 2. 当座	口座名義人名(カタカナでご記入ください。)					
	口座番号							(左詰め記入)

【区処理欄】

申請(消印)日	年 月 日
助成決定年月日	年 月 日

--