

記入例

第1号様式(第5条関係)

申請日: 令和〇年 □月 〇日

(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: 板橋 太郎

電話番号: 123-456-7890

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	イタバシ タロウ 板橋 太郎
生年月日	平成 〇年 ▲月 ◇日
住所	〒173-8501 板橋区 板橋2-66-1
治療状況 ※	<input checked="" 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	〇〇▽クリニック
世帯状況 (妊婦や18歳未満の 未成年がいる場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦 (氏名: 板橋 花子) 妊娠届出年月日: 令和〇年 ■月 △日 【届出先】 <input type="checkbox"/> 板橋区戸籍住民課 <input checked="" type="checkbox"/> (上板橋)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。