

申請日:令和 ● 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) イタバシ タロウ 板橋 太郎		
生年月日	平成 ◎ 年 ▲ 月 ◇ 日	登録番号	〇〇〇〇〇
住所	〒 173-8501 板橋区 板橋2-66-1		
受診医療機関名	〇〇▽クリニック		
治療期間	○▲ 年 ◎ 月 × 日 ~ ○× 年 ■ 月 △ 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
①17,000 円	②20,000 円	③ 17,000 円	③ 17,000 円

登録番号と助成上限金額は
登録決定通知書に
記載されています。

振 込 先	金融機関名	◎○×	▼×	金融機関 コード	△	○	○	×
		銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店・出張所	店番号	■	◎	□	
	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。) イタバシ タロウ					
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(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