

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

品川区長 あて

品川区禁煙外来治療費助成金交付事業による禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、品川区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第 9 条の規定により関係書類を添えて提出します。

申請者	住所	品川区	電話番号	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日

記

品川区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第 9 条の規定により、次のとおり請求します。助成金は下記口座に振り込みください。

請求金額.....円

領収金額合計（100円未満の端数切捨て）：上限 10,000 円

振込先	金融機関名	銀行（支店番号：） 本店				
		金庫 支店				
		組合 出張所				
	預金種別	普通貯蓄	(フリガナ)		( )	
			口座名義人			
			※申請者と同一人			
	口座番号				(右詰め)	

◎添付書類

- ① 医療費、薬剤費の領収書の写し
- ② 禁煙に関する指導および治療管理等が明記された文書の写し

