文京区禁煙外来治療費助成事業助成申請書兼請求書

年 月 日

文京区長 殿

文京区禁煙外来治療費助成事業実施要綱に基づく助成金の交付を受けたいので、同要綱第9条の規定により、関係書類を添えて申請し、下記金額を請求します。

なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

記

氏 名		生 年 月 日	
(フリガナ) 申請者	㊟		年 月 日 (歳)
住 所	郵便番号	電 話 ()	
	文京区		
登録番号			
禁煙外来治療		医療機関への支払額	調剤薬局への支払額
1回目	年 月 日		
2回目	年 月 日		
3回目	年 月 日		
4回目	年 月 日		
5回目	年 月 日		
合計額 円			
助成金申請額 金 _____ 円			
(合計額と助成上限額 10,000 円とを比較して、いずれか低い額を記載してください。)			
振 込 先	金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所
	種 別 (○で囲む。)	普 通 当 座	(フリガナ) ※必ずフリガナを振ってください。
			口座名義人
	口座番号		(左詰め記入)

1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

禁煙外来治療に要した医療費及び薬剤費の領収書の写し及び明細書の写し

注 その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。