

年 月 日

桜川市長 様

桜川市禁煙外来治療費助成金交付申請書

桜川市禁煙外来治療費助成金交付要項第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

1. 申請者

フリガナ		電話番号	
氏名			
住所			
生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年	月 日
申請者の区分	<input type="checkbox"/> 妊婦本人 妊婦又は 20 歳未満の者の名前 <input type="checkbox"/> 妊婦と同居 <input type="checkbox"/> 20 歳未満の者と同居		

確認事項

- 申請内容について医療機関に確認することを承知します。
- 禁煙外来治療費に係る他の助成を受けていません。

同意事項

助成金の交付決定のため、市が住民登録及び市税の納付状況を確認することについて

- 同意します。
- 同意しません。

※同意がない場合は助成金の支払いができません。