

年 月 日

まんのう町長 殿

申請者

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

電 話

まんのう町子育て世帯禁煙プロジェクト事業助成金交付申請書兼請求書

まんのう町子育て世帯禁煙プロジェクト事業実施要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

禁煙外来治療を受けた医療機関名			
調剤薬局名			
禁煙外来治療期間		開始	年 月 日
		終了	年 月 日
禁煙外来治療に要した費用（ただし、初診日から禁煙外来治療において定められた治療を終了するまでの費用に限る）			
医療機関への支払い額（円）		調剤薬局への支払い額（円）	
年月日	領収書金額	年月日	領収書金額
計		計	

※添付書類（1）禁煙外来治療に要した医療費及び薬剤費の領収書及び診療明細書

※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諾します。

禁煙外来治療費にかかる他の助成金を受けていません。

助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名・支店名	(銀行・金庫・信金・農協)	支店
種別・口座番号	普通	・ 当座
(フリガナ) 口座名義人		