

様式第1号（第6条関係）

禁煙外来治療医療費助成金申請書兼請求書

南相馬市長 様

年 月 日

南相馬市禁煙外来治療医療費助成金の交付を受けたいので、南相馬市禁煙外来治療医療費助成事業実施要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

審査に必要となる内容に関し、住民基本台帳並びに市税納入状況について、担当職員が閲覧することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日（年齢）	
	氏名		年 月 日 （ 歳）	
	住所	〒 南相馬市		
	電話番号			
助成申請額等	治療開始日	年 月 日		
	区分	診療日	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額
	1回目	年 月 日	円	円
	2回目	年 月 日	円	円
	3回目	年 月 日	円	円
	4回目	年 月 日	円	円
	5回目	年 月 日	円	円
	小計		① 円	② 円
助成申請額	①+②の4分の3の金額または15,000円のいずれか低い額 円			
振込先	金融機関名称			
	本・支店	本・支店		
	口座番号	普通・当座・その他		
	口座名義人			