

様式第1号（第5条関係）

龍ヶ崎市長 様

申請者
住所
氏名
生年月日
電話番号

印

申請者と口座
名義者は同一
人物にしてく
ださい。

龍ヶ崎市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。助成金は、下記の口座に振り込みください。

なお、助成金の受給後、市の実施するアンケートに協力することに同意します。

医療機関名				
薬局名				
治療期間	年 月 日～ 年			
禁煙治療に係る経費				
年月日/経費	医療機関 (自己負担額) A	薬局 (自己負担額) B	合計 (A+B) ※助成対象経費	助成金額 (市記入欄)
1回目 (月 日)	円	円	/	/
2回目 (月 日)	円	円		
3回目 (月 日)	円	円		
4回目 (月 日)	円	円		
5回目 (月 日)	円	円		
合計	円	円	円	円
振込先金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号		
フリガナ 口座名義				

年月日・経費・医療機関 A・
薬局 B・合計の欄は記入しな
いでください。

◎添付書類

- 1 医療費及びに薬剤費の領収書の写し
- 2 母子健康手帳の写し（妊婦と同居している者及び妊婦に限る。）
- 3 禁煙に関する総合的な指導及びに治療管理等が明記された文書の写し

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者
住所
氏名 印
生年月日
電話番号

龍ヶ崎市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。助成金は、下記の口座に振り込みください。

なお、助成金の受給後、市の実施するアンケートに協力することに同意します。

医療機関名				
薬局名				
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
禁煙治療に係る経費				
年月日/経費	医療機関 (自己負担額) A	薬局 (自己負担額) B	合計 (A+B) ※助成対象経費	助成金額 (市記入欄)
1回目 (月 日)	円	円	/	/
2回目 (月 日)	円	円		
3回目 (月 日)	円	円		
4回目 (月 日)	円	円		
5回目 (月 日)	円	円		
合計	円	円	円	円
振込先金融機関名	銀行・金庫 組合・農協 本店・支店 支所・出張所			
預金種別	普通・当座	口座番号		
フリガナ 口座名義				

◎添付書類

- 1 医療費及びに薬剤費の領収書の写し
- 2 母子健康手帳の写し（妊婦と同居している者及び妊婦に限る。）
- 3 禁煙に関する総合的な指導及び治療管理等が明記された文書の写し