

捨印欄

年 月 日

江戸川区長 殿

(申請者) 〒

住 所 江戸川区

フリガナ 氏 名 印

電 話

生年月日 年 月 日

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

江戸川区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第9条の規定により、禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて提出します。助成金は、下記口座に振り込んでください。

記

請求金額 _____ 円
(上限 10,000 円)

振 込 先												
金融機関名	金融機関コード				支店コード				預金種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄
	銀行 信用金庫 信用組合				店 出張所				口座番号			
フリガナ												
口座名義名												

(申請者自身の口座を記入してください。)

【添付資料】

- ① 医療費の領収書 ② 診療明細書
- ③ 薬剤費の領収書 ④ 薬剤明細書