

捨印欄

① 年 月 日

江戸川区長 殿

(申請者) 〒 ②

住 所 江戸川区 ③

フリガナ ④ 氏 名 ⑤

電 話 ⑥

生年月日 ⑦ 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 ⑧ 円

(100円未満の端数切捨て。上限10,000円)

振 込 先		預金種別	1 普通	⑪ 2 当座	4 貯蓄
金融機関名	⑨ 銀行 信用金庫 信用組合	⑩ 店 出張所	口座番号	⑫	
フリガナ	⑬				
口座名義名	⑭				

(請求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
- ⑤ (郵送の場合のみ) 本人確認書類の写し (裏面の写しを含む。)

事務処理欄

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	受付方法	住基確認者	添付書類確認者
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持参		