

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  
電 話 ⑤  
生年月日 ⑥ 年 月 日

禁煙外来治療費助成金交付事業登録申請書兼確約書

江戸川区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により登録申請し、下記のとおり確約します。

また、この事業の実施に関し必要な場合は、江戸川区が住民基本台帳に記録された情報について調査すること及び医療機関等の関係機関に照会し、診療明細等を閲覧することに同意します。

記

私は、医師の指導による禁煙治療に最後まで取り組むことを確約します。

⑦ 年 月 日

署名

⑧

署名は本人が自書してください。

事務処理欄

受付 方法	住 基 確認者
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持参	