

令和〇年 〇月 〇日

記入例

昭島市禁煙治療費助成金交付申請兼請求書

（宛先）昭島市長

（申請者）住 所 昭島市昭和町 4-7-1

氏 名 昭島 太郎

電話番号 042-544-5126

生年月日 昭和45年3月22日

シャチハタ不可

昭島印

昭島市禁煙治療費助成金の交付を受けたいので、昭島市禁煙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します。

なお、申請にあたり、下記の申請要件をすべて満たしています。また、市長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳の閲覧をすることに同意します。

助成金の交付が決定した場合は、助成金は下記金融機関の口座に振り込みください。

禁煙治療医療機関	あいぼっく医院							
調剤薬局名	健康薬局							
医療機関等への支払額 （公的医療保険の自己負担額に限る）	医療機関への支払額（ア）		調剤薬局への支払額（イ）		合計額（ア）+（イ）=（ウ）			
	5.830 円		7.250 円		13.080 円			
助成金申請額兼請求額	10.000 円		①（ウ）の金額が10,000円以上の場合は10,000円 ②（ウ）の金額が10,000円以下の場合は（ウ）の金額（100円未満は切捨て）					
申請要件	① 申請に係る禁煙治療は、既に適切に終了しています。（医師の確認済み） ② 過去に、昭島市禁煙治療費助成金の交付を受けたことはありません。							
振込先金融機関	アツキー 銀行 駅前 本店 支店 信用金庫 信用組合 農協						普通当座	
口座番号	1	1	1	1	1	1	1	(受付印)
口座名義 ※ 申請者名義の ものに限りです	(フリガナ) アキシマ タロウ (名義人) 昭島 太郎							

◎添付書類 禁煙治療にかかる医療費及び薬剤費の領収書