

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10,000円 ② (ウ)の金額が10,000円以下の場合(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 信用金庫 駅前 信用組合 農協		本店 普通 当座 支店
口座番号	1	1	1
口座名義 ※ 申請者名義のものに限ります	(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