

様式第 1 号 (第 5 条関係)

羅臼町禁煙治療費助成申請書

年 月 日

羅臼町長 様

住所

申請者

印

(助成対象者本人)

電話番号

羅臼町禁煙治療費助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。また、助成金の申請について私の課税状況を調査することに同意します。

助成金については、次の口座へお振込ください。

治療開始日			治療終了日		
医療機関への支払額			調剤薬局への支払額		
年月日	支払額	助成対象額	年月日	支払額	助成対象額
	円	円		円	円
	円	円		円	円
	円	円		円	円
	円	円		円	円
	円	円		円	円
小計 (A)		円	小計 (B)		円
助成対象合計額 (C)		(A) + (B)		円	
助成金交付申請額		(C)と 10,000 円のいずれか低い額		円	
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関へ支払った禁煙外来治療費の明細書と領収書の原本または写し <input type="checkbox"/> 調剤薬局へ支払った薬剤の明細書と領収書の原本または写し				

次の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	銀行 信用金庫 マリンバンク		店 支店 出張所
種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

※町記入欄	決定年月日	年 月 日
	助成金額	円 支給 ・ 不支給