様式第１号（第６条関係）

令和　年　　月　　日

ひたちなか市長　　　　　　殿

申請者

住所

氏名

電話番号

※本人が自署しない場合は，記名押印してください。

ひたちなか市禁煙支援助成金交付申請書

ひたちなか市禁煙支援助成金の交付を受けたいので，ひたちなか市禁煙支援助成要綱第６条の規定により，下記のとおり申請します。

なお，審査に必要となる私の住民記録状況，市民税の課税状況及び医療保険の給付状況について，関係機関に調査し，照会し，又は閲覧することに承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 受診医療機関の名称 |  |
| 治療期間 | 令和　年　　月　　日から　令和　年　　月　　日まで |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 添付書類 | １　禁煙外来治療に係る領収書の写し２　運転免許証，健康保険等の被保険者証その他の申請者の身分証明書の写し３　その他市長が必要と認める書類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |