

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

ひたちなか市長 殿

見本

申請者

住所

氏名

電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇

ひたちなか市禁煙外来治療費助成金交付申請書

ひたちなか市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、ひたちなか市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第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資料、市民税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	記入しない
受診医療機関の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇	
治療期間	年 月 日から 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 運転免許証等の身分証明書の写し 3 その他市長が必要と認める書類 ()	

様式第4号（第8条関係）

記入しない 年 月 日

ひたちなか市長 殿

見本

助成決定者

住所
氏名

ひたちなか市禁煙外来治療費助成金交付請求書

年 月 日付ひたちなか市指令第 号により交付決定の通知を受けたひたちなか市禁煙外来治療費助成金について、ひたちなか市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

記入しない

1 交付決定額 円

2 請求額 円

どちらかに○

3 振込口座（助成決定者の口座に限る。）

振込口座	金融機関名	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇〇〇	本店 支店 出張所
	フリガナ	〇〇〇 〇〇〇	預金種目	当座	普通
	口座名義人	〇〇 〇〇	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

4 添付書類

- (1) ひたちなか市禁煙外来治療費助成金交付決定通知書の写し
- (2) 通帳その他の振込先口座が確認することができる書類の写し