

様式第2号(第6条関係)

板柳町禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

板柳町長 殿

申請者

住所

氏名

印

板柳町禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、板柳町禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

助成金交付申請(請求)額

円

\*内 訳

禁煙治療を受けた医療機関名		
禁煙治療に要した期間		開始 年 月 日 ~ 完了 年 月 日
禁煙治療にかかった経費		
年月日	医療機関への支払額(円)	薬局への支払額(円)
	小計(A)	小計(B)
助成対象額(A)+(B)		(C)
交付申請(請求)額 ・(C)の2分の1の額(100円未満切捨て)と 12,500円のいずれか低い額。		円

申請者振込口座		
金融機関名	普通	口座番号
支店名	当座	
(ふりがな)		
口座名義		

※太枠内を記入してください。

※領収書、診療明細書及び禁煙外来治療完了証明書を添付。