様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

日の出町長 様

日の出町禁煙外来治療費助成金交付事業による禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、日の出町禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第９条の規定により関係書類を添えて提出します。

申請書	住所	日の出町	電話番号	
	氏名	㊞	生年月日	年　　月　　日

記

日の出町禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第９条の規定により、次のとおり請求します。助成金は下記口座に振り込みください。

請求金額　　円

領収金額合計（１００円未満の端数切捨て）：上限 10,000 円

振込先	金融機関名	銀行（支店番号：　　）本店 金庫　　支店 組合　　出張所								
	口座種別	普通 当座 預金	口座番号							
	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一人	（　　）								

◎添付書類

①　禁煙外来治療に要した医療費の領収書

②　薬剤費の領収書