

様式第1号（第5条関係）

禁煙外来治療費助成金交付事業登録申請書

日の出町長 様

申請書	住所	日の出町	電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日

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を受けるため、日の出町禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により提出します。

また、申請に当たり、下記の事項について同意することを確約します。

記

この事業の実施に関し、日の出町が必要とする個人情報（居住、税情報を含む）の確認を行うこと、またその情報を本事業の事務で取り扱うことに同意します。

年 月 日

署名 _____

署名は、本人が自署してください。

(申請受付印)