

様式第5号 (第8条関係)

行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

行田市長

行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金の交付を受けたいので、行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者 (請求者)	住所			
	氏名			生年月日 年 月 日
医療機関				
治療期間	(初診日) 年 月 日 ~ (終了日) 年 月 日			
医療形態	保険治療 ・ 保険外治療			
申請金額 (請求金額)	円			
	診療形態	助成対象経費	助成率	上限額
	保険治療	医療費及び薬剤費に係る本人負担額	10/10	10,000円
	保険外治療	薬剤費	1/2	10,000円
添付書類	(1) 治療完了証明書 (2) 治療に係る医療費及び薬剤費の領収書			

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金の受領権限を次の口座名義人に委任します。)

口座振込記入欄	金融機関名		支店名		種目	
	銀行		本店		1 普通	
	信用金庫		支店		2 当座	
	農協		支所			
	信用組合		出張所			
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
	フリカナ	検収		債権者コード		
	口座名義人	年 月 日 印				