

年 月 日

武蔵村山市長 殿

(申請者) 〒

住 所 武蔵村山市

氏 名



電話番号

生年月日

武蔵村山市禁煙治療費助成金交付申請書兼請求書

武蔵村山市禁煙治療費助成金の交付を受けたいので、武蔵村山市禁煙治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、本助成金の交付に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、武蔵村山市が閲覧することと同意します。

本助成金の交付が決定した場合は、下記金融機関の口座に振り込んでください。

記

振 込 先	金融機関名	銀行コード					支店コード			
		銀 行					本 店			
		信用金庫					支 店			
		信用組合					出張所			
	口座番号						預金種別	普通・当座		
	フリガナ									
	口座名義人									

【添付書類確認】

- ☐ 禁煙外来に要した費用の額が分かる領収書及び診療明細書の写し
- ☐ （郵送の場合のみ）本人確認書類の写し（裏面の写しを含む。）

事務処理欄

本人確認書類 ()	受付 方法	(受付印)
	☐ 郵送 ☐ 持参	