

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

ふりがな

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

多摩市禁煙治療費助成金交付登録申請書

禁煙の治療に係る助成金の交付を受けるための登録について、多摩市禁煙治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により申請します。

また、禁煙治療費助成金交付事業に関するアンケート調査に協力します。

<登録について>

(ふりがな)	
氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	
電話番号	— —
治療予定の医療機関	
加入している健康保険	【○をつけてください】 ・ 国民健康保険                      ・ 後期高齢者医療保険 ・ 社会保険（共済含む）          ・ その他

※市処理欄

添付書類確認

禁煙治療費助成金交付登録申請時アンケート