

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	大正 年 月 日 (歳) 昭和 平成
住所	〒206- 多摩市
日中に連絡できる 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