

清瀬市長 殿

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

清瀬市禁煙外来治療費助成金交付登録申込書

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、清瀬市禁煙治療費助成金交付要綱第5条の規定により申込みます。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 昭和 年 月 日 (歳) 平成
住所	〒 清瀬市
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