

様式第1号（第6条関係）

富士見市禁煙外来治療費補助金登録申請書

年 月 日

（宛先）富士見市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

禁煙外来治療を受けたいので、富士見市禁煙外来治療費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、市長が住所等の確認のために住民登録を閲覧することについて、同意します。

受 診 予 定 者	住 所	富士見市	
	ふ り が な		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）	
同 居 者	ふ り が な		受診予定者との続柄
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）	
理 由	<input type="checkbox"/> 18歳未満の者と同居しているため <input type="checkbox"/> 妊婦と同居しているため <input type="checkbox"/> 妊婦		
受診予定医療機関名			
備 考			

※同居者の欄には、同居する18歳未満の者若しくは妊婦の氏名を記入してください。なお、受診予定者が妊婦本人の場合は、記入不要です。