

第2号様式（第6条関係）

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申 請 者 住 所 蒲 郡 市
 (受 診 者) 氏 名
 電 話

蒲郡市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条第1項の規程に基づき下記のとおり関係書類(禁煙外来治療費に要した費用が確認できる領収書)を添えて申請します。

記

受診者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)									
世帯主の氏名・続柄		(世帯主との続柄)									
被保険者記号番号		—									
受診医療機関名											
調剤薬局名											
治療期間及び受診日	医療機関への支払額 (円)	調剤薬局へ支払額 (円)									
1回目(月 日)											
2回目(月 日)											
3回目(月 日)											
4回目(月 日)											
5回目(月 日)											
小計	(A)	(B)									
助成対象額 (A) + (B)	(C) 円										
助成申請額 (C)と20,000円の いずれか低い額	円										
振込口座		種目	口座番号								
信用金庫 銀行 農協 店		普通 当座 ()	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
口座名義人 (フリガナ)											