

## 中央区禁煙外来医療費助成金交付申請書

（宛先）中央区長

次のとおり、中央区禁煙外来医療費助成金の交付を申請します。

		申請日	
		登録番号	
申請者（受診者）	ふりがな		
	氏名		生年月日
	住所	〒 ー 中央区	
	電話番号		

来庁者	ふりがな		
	氏名		
	住所 (申請者と異なる場合に記入)	〒 ー	
	電話番号		申請者との続柄

受診医療機関	医療機関名	
	所在地	
処方箋薬局名	薬局名	
	所在地	

禁煙外来治療に係る自己負担額	円
----------------	---