

助成金交付申請書兼請求書

（あて先）松江市長

松江市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、松江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項の規定により関係書類を添えて提出します。併せて、同要綱第3条の助成を受ける要件の確認のため、国民健康保険料の納付状況を調査することに同意します。

申請者	住所	松江市乃白町32番地2				電話番号	0852-〇〇-〇〇〇〇				
	氏名	松江 太郎			印	生年月日	昭和48年3月31日				
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
世帯主氏名		松江 大吉									

記

松江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項の規定により、次のとおり請求します。助成金は下記口座に振り込みください。

請求金額 10,000 円

※100円未満の端数切捨て：上限10,000円

振込先	金融機関	〇〇			銀行 金庫 組合	××			本店 支店 出張所
	預金種別	普通 貯蓄	(フリガナ) 口座名義人 ※申請者と同一人			(マツエ ダロウ)			
	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	(右詰め)

◎添付書類

- (1) 治療に要した経費の領収書の写し