

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。なお、補助事業等に暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を関与させないことを誓約します。

申請者	住所	松江市					電話番号					
	氏名						生年月日	年	月	日		
	被保険者番号											
世帯主氏名												

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 _____ 円

※100 円未満の端数切捨て：上限 10,000 円

振込先	金融機関						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					()					
	口座番号							(右詰め)					

◎添付書類

- (1) 治療に要した経費の領収書の写し