

支払決定伺

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|------|-----|---|
| 支給額 | | | | | | | | 円 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | | | | | | | | | |

※ここから上は記入しないでください。

禁煙外来補助金支給申請書

| | | | | |
|---------|---------------|-----|----|--|
| 受診者氏名 | (禁煙外来を受診された方) | 保険証 | 記号 | |
| | | | 番号 | |
| 事業所名 | | | | |
| 受診医療機関名 | 住所 名称 | | | |
| 初診年月日 | 年 月 日 | | | |
| 最終受診日 | 年 月 日 | | | |

上記のとおり補助金を請求します。

年 月 日

住 所

被保険者名

| | | | |
|--------|-----------|-----|--|
| 口座名義人 | (フリガナ) | | |
| 銀行名 | | 支店名 | |
| 預金口座番号 | 普通・当座 NO. | | |

※必ず領収証の写しを添付してください。