様式第6号（第８条関係）

川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金請求書

年　　月　　日

川　西　市　長　　あて

川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業による助成金を請求したいので、川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて提出します。
なお、支給決定された助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者	住所	川西市	電話番号	
	氏名		生年月日	年　月　日
	被保険者番号			
			助成金額 ※上限10,000円	円

口座振込依頼先	銀行 信用（金庫・組合） 農協				支店 出張所 支所
	普通・当座・貯蓄	口座番号		口座名義人 カタカナ	

※口座振込依頼先が申請者の口座と異なる場合のみ、下記委任欄にご記入ください。

委任欄	川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金については 住所 氏名　　に受領を委任します。 年　　月　　日　　申請者

※太枠内のみ記入してください。

※添付書類：治療に要した費用の領収書の写し