

# 記入例

様式第1号（第6条関係）

富士見市禁煙外来治療費補助金登録申請書

申請する日付を  
記入してください

令和 年 月 日

（宛先）富士見市長

受診予定者の住所・氏名・電話番号を記入してください

申請者

住所 富士見市鶴馬3351-2

氏名 増進 太郎

電話番号 090-0000-XXXX

日中に連絡の取れる  
電話番号を記入してください

禁煙外来治療を受けたいので、富士見市禁煙外来治療費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、市長が住所等の確認のために住民登録を閲覧することについて、同意します。

受診 予定 者	住 所	富士見市鶴馬3351-2	
	ふ り が な	ぞうしん たろう	
	氏 名	増進 太郎	
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日（△△歳）	
同 居 者	ふ り が な	ぞうしん はなこ	受診予定者との続柄
	氏 名	増進 花子	子
	生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日（△△歳）	
理 由	<input type="checkbox"/> 18歳未満の者と同居しているため <input checked="" type="checkbox"/> 妊婦と同居しているため <input type="checkbox"/> 妊婦		
受診予定医療機関名	〇〇クリニック		
備 考	理由に妊婦が関係する場合は、母子健康手帳の「妊婦の氏名・住所」が記載されているページの写しを同封してください		

該当する理由の  
□印は、塗りつぶしてください

※同居者の欄には、同居する18歳未満の者若しくは妊婦の氏名を記入してください。なお、受診予定者が妊婦本人の場合は、記入不要です。