

様式第1号（第5条関係）

大東市禁煙外来治療費助成登録申込書

年 月 日

（宛先）大東市長

（登録申込者）住 所

ふりがな

氏 名

印

生年月日

電話番号

大東市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、大東市禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により、大東市禁煙外来治療費助成登録を申し込みます。

またこの申込みに関して、下記の事項について誓約します。

記

1. 市が保有する申込者に関する住民基本台帳情報について、市が調査することに同意します。
2. 薬剤の服用歴、既往歴等のある場合、禁煙外来治療が心身に悪影響を及ぼさないことを医師に確認しました。

年 月 日

氏名

※代理で申込みを行う場合も、署名は本人が自書すること。