

年 月 日

東京都北区長 殿

### 禁煙治療費助成登録申請書

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
登録申請者との関係 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり禁煙治療費助成の登録を申請します。

記

#### 登録申請者について

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	北区 丁目 番 号	
	電話 ( )	
予定の 医療機関 薬局		
世帯員の 状況	<input type="checkbox"/> 妊婦を含む ・ <input type="checkbox"/> 18歳未満の者を含む	
	該当者氏名	
	該当者生年月日	年 月 日 ( 歳)