

文京区禁煙外来治療費助成事業登録申請書兼確約書

年 月 日

文京区長 殿

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	〒 文京区	電話番号	
	同居する18歳未満の子	有 ・ 無	(氏名) _____ _____ _____	(生年月日) 年 月 日 年 月 日 年 月 日

文京区禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療費用の助成を受けるため、文京区禁煙外来治療費助成事業実施要綱第5条の規定により提出します。また、申請に当たり、下記の事項について同意することを確約します。

記

この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、文京区が調査することに同意します。

署名 _____

希望者へは治療期間中、応援メッセージを送付します。

(希望する方は、受信可能なメールアドレスをご記入ください。)

希望する

・

希望しない

↓

メールアドレス _____