

様式第1号

千葉市子どもを守る禁煙外来治療費助成事業登録申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記のとおり、千葉市子どもを守る禁煙外来治療費助成事業の登録について申請します。

記

登録申請者	住所	千葉市		日中連絡のとれる電話番号	()	
	氏名	(※)		生年月日	年 月 日	
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。					
・申請に係る禁煙外来治療について、他の助成金の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> (✓を付けてください) ・千葉市の当該事業における助成金の交付を受けたことはありません。 <input type="checkbox"/> (✓を付けてください)						
同居する妊婦又は15歳以下の子ども	氏名		続柄		生年月日	年 月 日

◎添付書類

- ・15歳以下の子どもと同居しておらず、妊婦と同居の場合は、母子健康手帳の表紙の写し