

令和●年 ●月 ●日

豊島区長

記入例

(申請者)

住所 豊島区東池袋4-42-16

氏名 豊島 太朗

生年月日 昭和●年●月●日

電話番号 03-3987-4243

禁煙外来治療費助成金交付事業登録申請書兼承諾書

豊島区禁煙外来治療費助成金交付事業による禁煙外来治療を受けるため、豊島区禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第4条の規定により登録申請します。

また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録を豊島区が調査することについて同意とを承諾します。

喫煙年数、喫煙本数（一日平均）を教えてください。
ニコチン依存症テスト(TDS)を実施後、結果を記載してください。

| | | | | |
|------------|----------------------|----------|----------------------|------|
| 申請者の喫煙状況 | 喫煙年数 | 20 年 | 喫煙本数 (一日平均) | 12 本 |
| | ニコチン依存症診断テスト(TDS)の結果 | | 9 | 点 |
| 同居者 | 妊婦 | 氏名 豊島 花子 | 申請者との関係 | 妻 |
| | 18歳未満の子ども | 氏名 | 医療機関一覧から選んで記載してください。 | |
| 通院予定の医療機関名 | | ●●クリニック | | |

申請者が妊婦の場合、妊婦の場合は母子健康手帳の写しを添付してください。
同居者が別世帯の場合、同居者の住民票の写しを添付してください。

申請者が妊婦または、妊婦や18歳未満の者と同居する場合は、助成額は20,000円です。
同居者の記載漏れにご注意ください。※申請者が妊婦の場合や、妊婦や18歳未満の者と同居していない場合には同居者欄は記入不要です。