様式第１号（第６条関係）

播磨町禁煙治療費助成事業事前届出書

令和　　年　　月　　日

播磨町長様

（届出者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係（　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿＿

禁煙治療を受けるに当たり、播磨町禁煙治療費の助成を受けたいので、播磨町禁煙治療費助成事業実施要綱第６条第１項の規定に基づき、事前届出を行います。

申請者（助成を希望する者）	住　　所			
	氏　　名		性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）		
	日中つながる電話番号	（　　）　　－		
	治療予定の医療機関			
	受診予定日	令和　　年　　月　　日頃		
	治療中の病気	□無 □有（疾病名：　　受療機関：　　）		
	内服している薬	□無 □有（　　） ※有の場合、医師の確認　□済		