様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

多治見市長

〒
住所
　氏名　　㊞
電話

多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成事業事前届出書

多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療費の助成を受けるため、多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="3">年　　月　　日　　（　　）歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
多治見市　　町　　丁目　　番地</td></tr>
<tr><td>受 診 予 定
医 療 機 関</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">同　居　者
（妊婦及び 20 歳未満の者は備考欄に○をつける）</td><td>氏　　名</td><td>生年月日（年齢）</td><td>備考</td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
</table>