

能美市禁煙外来治療費助成申請書

年 月 日

能美市長 あて

申請者

住 所 .....

氏 名 .....

生年月日 ..... 年 月 日

電話番号 ( ) -

能美市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第5条に基づき、禁煙外来治療費の助成を受けたいので申請します。

1. 治療期間 ..... 年 月 日 ~ ..... 年 月 日

2. 受診医療機関名 .....

3. 調剤薬局名 .....

4. 加入保険名 ..... 能美市国保 ・ 社会保険 .....

医療機関への支払額 (円)			調剤薬局への支払額 (円)		
年月日	領収書金額	助成対象経費	年月日	領収書金額	助成対象経費
小計 (A)			小計 (B)		
助成対象金額 (C)		(A + B) / 2 100円未満切捨て		円	
助成申請額 (D)		Cと10,000円のいずれか低い額		円	

- ※添付書類：(1) 禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書等  
 (2) 禁煙外来治療を終えたことが確認できる文書等  
 (3) 助成金振込先の通帳またはキャッシュカードの写し

※確認事項：

- 医療機関、調剤薬局及び保険者へ申請内容の確認をすることについて了承します。
- 他の禁煙外来治療費の助成を受けていません。
- 市税等の滞納の有無について、担当部署へ照会することについて同意します。
- 能美市から求められたアンケート調査に協力します。

次の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人(カタカナ)
		普・当		

注) 最後の受診月の翌月から数えて6箇月以内に申請してください。

添付書類

禁煙外来治療終了証明書（※医療機関記入）

次の者については、保険適用となる禁煙治療を受け、治療を終了したことを証明します。

- ・ 受診者氏名 \_\_\_\_\_
  
- ・ 治療期間（最後の診察日は、初回の診察日から8週間以上経過していること）  
\_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日
  
- ・ 医療機関  
所在地  
名称  
代表者名