

令和 年 月 日

下妻市長 様

申請者

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電 話

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

下妻市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

保険証の記号番号					
禁煙外来治療を受けた医療機関名					
調剤薬局名					
禁煙外来治療期間	開始	年	月	日	
	終了	年	月	日	
禁煙外来治療に要した費用（ただし、初診日から禁煙外来治療において定められた治療を終了するまでの費用に限る。）					
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	助成対象費用	年月日	領収書金額	助成対象費用
小計（A）			小計（B）		
助成金申請額（C）	((A) + (B)) / 2 100円未満切捨て			円	
助成金交付額	(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) 禁煙外来治療が終了したことが確認できる書類

※確認事項 申請内容について医療機関に確認することを承諾します。

禁煙外来治療費にかかる他の助成金を受けていません。

助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名・支店名	(銀行・金庫・信金・農協)	支店
種別・口座番号	普通	当座
(フリガナ)		
口座名義人		