

別記様式第1号（第6条関係）

関市禁煙外来治療事前届出書

年 月 日

関市長 様

（申請者）住 所  
氏 名  
生年月日  
電話番号

関市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、関市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

- 1 受診医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診開始日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 2 確約・同意事項 申請に当たっては、次の事項の全て（(3)については①又は②のいずれか）について確約し、又は同意します。

確 約 ・ 同 意 事 項	確約・同意 する場合は○
(1) これまでに関市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたことがないこと。	
(2) 公的医療保険の適用要件を満たしていること。	
(3) ①禁煙外来治療に影響を与える可能性がある薬剤（抗うつ剤、睡眠薬等）等の服用歴や疾病等がないこと。	
【(3)①に同意しない方】	
(3)②主治医に禁煙外来治療を受けることについての許可を得ていること。	
(4) 本届出を提出後、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始すること。 ※本届出から6か月以内に禁煙外来治療を完了し、交付申請手続を行うこと。	
(5) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、関市禁煙外来治療費助成金が受給できないこと。	
(6) 禁煙外来治療中及び治療後に市から状況確認等の問い合わせをすることがあること。	
(7) 6か月以内に市外へ住所変更する予定がないこと。	
(8) 助成金の交付要件の確認をするために、市税、保育料、水道料金、下水道使用料その他市に納付すべき歳入金の納付状況（滞納の有無）について市が確認すること。	

