別記様式第２号（第７条関係）

年　　　月　　　日

　関市長　様

（申請者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

関市禁煙外来治療費助成金交付申請書

関市禁煙外来治療費助成金の交付について、関市禁煙外来治療費助成金交付要綱第７条第１項の規定により、関係書類を添付して申請します。

１　事前届出日　　　　年　　月　　日

２　治療期間　　　　　年　　月　　日　　～　　年　　月　　日

３　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 所在地　： | | |
| 名　称　： | | |
| 調剤薬局名 | 所在地　： | | |
| 名　称　： | | |
| 受診年月日 | 医療機関での　　　　本人負担額（Ａ） | 調剤薬局での　　　　本人負担額（Ｂ） | 計（Ａ+Ｂ）  ※助成対象経費 |
|  |  |  | 円 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 助成申請額（助成対象経費の１/２）  ※１００円未満切り捨て、上限１０，０００円 | | |  |

２　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及び明細書

（２）　禁煙外来治療が完了したことが確認できる書類

（３）　その他市長が必要と認める書類

３　注意事項

事前届出日から６か月以内に助成金の交付申請手続を行ってください。