

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) ※ 1 0 0 円未満切り捨て、上限 1 0, 0 0 0 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きを行ってください。