

小松市禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 小松市長

申請者 住 所.....
 氏 名..... 印.....
 生年月日.....年.....月.....日.....
 電話番号(.....).....-

小松市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、小松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。

1 治療期間年.....月.....日..... ~
2 受診医療機関名
3 調剤薬局名
4 20 歳未満の者または妊婦と同一世帯である(治療期間中)	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

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)		
助成対象金額(C)		((A)+(B))×1/2 100円未満切捨て		円	
交付申請額(D)		(C)と10,000円のいずれか低い額		円	

20 歳未満の家族または妊婦と同一世帯の場合

助成対象金額(C)		((A)+(B))×9/10 100円未満切捨て		円	
交付申請額(D)		(C)と20,000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

- ※確認事項：本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳の閲覧をすることに同意します
小松市から求められたアンケート調査に協力します
医療機関及び保険者へ申請内容の確認をすることについて承諾します
他の禁煙外来治療費助成制度を受けていません

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(カタカナで記入)
銀行	支店	普通 当座		
信用金庫	支所			
農協	出張所			

※4に該当する場合:事務確認記入欄(受付者)

1. 禁煙治療開始～終了の間に 20 歳未満の者または妊婦と同一世帯であることをアイネスで確認済	<input type="checkbox"/>
2. □該当する(例:妻;妊婦,子;4歳など)) <input type="checkbox"/> 該当しない