

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 ×××-×××× 小松市〇〇町〇〇番地
氏名 小松 太郎 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 令和××年 ×月××日 ~ 令和××年 ×月××日
2 受診医療機関名 〇〇病院
3 調剤薬局名 〇〇薬局
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) []該当する []該当しない

ご自身の状況に合わせて
どちらかに☑

Table with columns for medical institution and pharmacy payments, including sub-totals (A), (B), (C), and (D).

Table for family members under 20 years old, including sub-totals (C) and (D).

- ※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: [x] 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
[x] 小松市から求められたアンケート調査に協力します
[x] 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
[x] 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

Table for bank account information with fields for financial institution name, branch name, account type, account number, and account holder name.

※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 []
2. []該当する(例:妻;妊婦,子;4歳など) []該当しない