

多治見市長

住 所 〒

氏 名 (※)

(※) 本人が自署しないときは、押印してください。

生年月日 年 月 日

電 話

多治見市禁煙外来治療費助成事業事前届出書

多治見市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療費の助成を受けるため、多治見市禁煙外来治療費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

1 受診予定医療機関名 受診開始日 年 月 日

2 誓約・同意事項

誓 約 ・ 同 意 事 項	該当する場合 ☑
(1) 公的医療保険の適用要件を満たします。	☐
(2) 速やかに公的医療保険の適用となる医療機関において治療を開始します。	☐
(3) (現在治療中の疾患がある方及び妊娠中の方のみ) 禁煙外来治療が心身への悪影響を及ぼさないことを主治医に確認しました。	☐
(4) 市税等を滞納していません(市長に対し分納の誓約をし、かつ、誠実に履行していると市長が認める場合を含む)。	☐
(5) 助成金の審査等のため、住民基本台帳及び市税等の納付状況について、市が調査することに同意します。	☐
(6) 禁煙外来治療について、市の助成その他の補助制度に基づく助成金の交付を受けていません。	☐
(7) 禁煙外来治療後に市が実施する禁煙継続の確認及び支援、アンケート調査等への協力に同意します。	☐
(8) 申請(助成)に係る治療状況等を市が医療機関へ照会することについて同意します。	☐
(9) 計 5 回の禁煙外来治療が完了し、自己負担額を支払っていないと交付申請ができないことに同意します。	☐
(10) 助成金の事前届出時から請求までの間において、多治見市に住所登録がないと助成金の交付対象にならないことに同意します。	☐
(11) 偽りその他の不正行為等により助成金の交付の決定又は助成金の交付を受けたときは、市から請求があり次第、直ちに助成金を返還します。	☐

備考 市税等 市税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料、介護保険料、市営住宅使用料、水道料金、下水道使用料、下水道事業受益者負担金、し尿処理手数料及び農業集落排水処理施設使用料