

様式第 2 号（第 7 条関係）

多治見市長

年 月 日

住所 〒

氏名 (※)  
(※) 本人が自署しないときは、押印してください。

電話

多治見市禁煙外来治療費助成金交付申請書

多治見市禁煙外来治療費助成金交付要綱第 7 条に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 治療開始日  | 年 月 日             |
| 治療完了日  | 年 月 日             |
| 受診医療機関 | 所在地<br>名称<br>電話番号 |
| 調剤薬局名  | 所在地<br>名称<br>電話番号 |

| 区分／受診日                                                    | 医療機関<br>(自己負担額) A | 調剤薬局<br>(自己負担額) B | 合計 (A+B)<br>※助成対象経費 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 1 回目 ( 月 日 )                                              | 円                 | 円                 | 円                   |
| 2 回目 ( 月 日 )                                              | 円                 | 円                 | 円                   |
| 3 回目 ( 月 日 )                                              | 円                 | 円                 | 円                   |
| 4 回目 ( 月 日 )                                              | 円                 | 円                 | 円                   |
| 5 回目 ( 月 日 )                                              | 円                 | 円                 | 円                   |
| 合 計                                                       | 円                 | 円                 | 円                   |
| 助成金額 (助成対象経費の 1 / 2 )<br>※ 1 0 0 円未満切り捨て、上限 1 0 , 0 0 0 円 |                   | 円                 |                     |

添付書類

- 1 禁煙外来治療に要した医療費及び薬剤費の領収証
- 2 禁煙外来治療が完了したことが分かる書類
- 3 その他市長が必要と認める書類