

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

多治見市長

〒

住所

氏名

印

電話

多治見市子どもと妊婦を守るための禁煙外来治療費助成金交付申請書

多治見市子どもと妊婦を守るための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 名称 電話番号
調剤薬局名	所在地 名称 電話番号

区分／受診日	医療機関 (自己負担額) A	調剤薬局 (自己負担額) B	合計 (A+B) ※助成対象経費	助成金額 (市記入欄)
1回目 (月 日)	円	円		
2回目 (月 日)	円	円		
3回目 (月 日)	円	円		
4回目 (月 日)	円	円		
5回目 (月 日)	円	円		
合計	円	円		

添付書類

- 1 禁煙外来治療に要した医療費の領収証
- 2 禁煙外来治療に要した薬剤費の領収証
- 3 その他市長が必要と認める書類