

宣誓書兼同意書

1. 本届出後、公的医療保険の適用となる禁煙に関する外来治療が可能な医療機関を速やかに受診し、医師による禁煙治療プログラムに沿った治療を開始します。
2. 私及び私と同居している者は、多治見市に対し、市税並びに国民健康保険料、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（以下「市税等」という。）を滞納していません。
3. 私は、公的医療保険の適用要件を満たしています。
4. 私は、妊婦若しくは子どもと同居中又は妊娠中です。
5. （現在治療中の疾患がある方及び妊娠中の方のみ）私は、主治医に禁煙外来治療が心身への悪影響を及ぼさないことを確認しました。
6. 私は、本事業及び他の助成制度等に基づく禁煙外来治療の助成金の交付を受けていません。
7. 私は、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. 禁煙外来治療受診回数が5回未満の場合又は自己負担額を支払っていないと本事業の交付申請ができないことを理解しました。
9. 事前届出時から助成金の請求までの間において継続して多治見市に住民登録がないと助成金の請求ができないことを理解しました。
10. 禁煙外来治療開始日において20歳以上でないと助成金の申請ができないことを理解しました。
11. 申請の適性を判断するため、必要な場合に市長が申請（助成）に係る医療機関へ照会することについて同意します。
12. 当助成金の交付対象である旨を確認するため、市長が私及び私と同居している者の住民基本台帳及び市税等の滞納の有無について確認することに同意します。
13. 私は、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。

氏名

⑨