

様式第 2 号（第 7 条関係）

年 月 日

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。

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 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
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) ※100円未満切り捨て、上限10,000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