

高浜町禁煙治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

高浜町長 様

申請者住所	福井県大飯郡高浜町		
(ふりがな) 申請者氏名		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日
連絡先	自宅	携帯	

高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱第7条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。
町長が高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱第7条第 2 項の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求しますので、助成金の交付については次の口座へお振込みください。

禁煙治療を受けた医療機関					
禁煙治療に要した期間	開始	年	月	日	
	終了	年	月	日	
禁煙治療に係る経費					
医療機関への支払額(円)			調剤薬局への支払額		
年月日	領収書金額	助成対象経費	年月日	領収書金額	助成対象経費
小計(A)			小計(B)		
助成対象金額(C)		(A) + (B) =			
交付申請金額 (C)と 10,000 円のいずれか低い額					

* 助成対象経費は、要綱第 5 条に定める経費とし、医療機関などに支払った費用のうち、禁煙治療に直接関係ない費用(禁煙治療以外のその他疾病の治療に要する治療費、入院費、食事代等)を除いた費用とする。

<添付資料>

- ①医療機関・調剤薬局の領収書及び診療明細書の写し
- ②振込先の口座通帳の写し
- ③納税証明書

申請者振込口座			
金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 漁業協同組合		店 支店 出張所
種目	1. 普通 2. 当座	口座 番号	
口座名義	フリガナ		
	氏名		

同意書
<p>私は、高浜町禁煙治療費助成の交付要件の確認のため、高浜町長が住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p>

禁煙治療受診証明(*医療機関記入欄)
<p>次の者については、保険適用となる禁煙治療に準じた治療を受け、治療を終了したことを証明します。</p> <p>・受診者氏名 _____</p> <p>・禁煙治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>・医療機関 名称 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">所在地 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">代表者名(又は治療に当たった医師の記名押印)</p> <p style="text-align: right;">_____ 印</p>