

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住民票(裏面の同意書に同意した場合は不要)
- ③納税証明書(裏面の同意書に同意した場合は不要)

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及び町税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>	
申請者氏名	印

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>	
・受診者氏名	_____
・禁煙治療期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
・医療機関	名称 _____
	所在地 _____
	代表者名(又は治療に当たった医師の記名押印)
	_____ 印