

様式第 1 号（第 6 条関係）

禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

越 前 市 長 殿

申請者 郵便番号

住 所 越前市.....

氏 名 ㊟

生年月日 年 月 日.....

電話番号 (.....) -

越前市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり禁煙外来治療費の助成を申請します。

記

- 1 治療開始日 年 月 日.....
- 2 治療終了日 年 月 日.....
- 3 受診医療機関 所在地.....
名 称.....

＊上記の申請者について、治療が終了したことを認める。

（医師記入）

担当医..... 印

- 4 助成対象経費及び助成金 (単位：円)

年月日	医療機関に支払った経費 本人負担分 A	調剤薬局に支払った経費 本人負担分 B	計 (A+B) 助成対象経費
合 計			
助成金額 (助成対象経費の 1/2 上限 10,000 円)			

※太枠内は記入しないでください。

※交付の可否 可 ・ 否

