

(別記)
様式第1号(第5条関係)

年 月 日

廿日市市長様

申請者 郵便番号
住所名
氏名
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号

廿日市市禁煙外来治療費助成金登録申請書

廿日市市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けたいので、
廿日市市禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により登録を
申請します。

- 1 受診予定医療機関名 ()
- 2 確認事項

次の確認事項の全てについて該当又は同意された方が助成対象となります。

確認事項	該当又は 同意する 場合は✓
(1) 公的医療保険の適用要件を満たしています。 項目の全てに✓がある場合に公的医療保険の適用要件を満たします。 □①プリンクマン指数 200以上(※35歳以上の人のみ) □②ニコチン指数 5点以上 □③過去の保険適用から1年経過	
(2) 満20歳以上で廿日市市に住民票があります。	
(3) これまでに本事業により助成金を受けたことはありません。	
(4) 妊娠中及び授乳中ではありません。	
(5) 本届出後、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始します。 ※登録審査結果通知日から6か月以内に治療を完了し、完了した月の翌月の末日又は 当該登録の通知の日の属する年度の末日のいずれか早い日までに、助成金の請求手続 きを行ってください。 <u>期間を過ぎると助成金の請求はできません。</u>	
(6) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、助成金の請求ができないこ とに同意します。	
(7) 禁煙外来治療中及び治療後に市が申請者に状況確認等の問い合わせを することに同意します。	
(8) 禁煙外来治療終了後アンケート(3か月後)に回答することに同意し ます。	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。