

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

廿 日 市 市 長 様

申請者 住所
氏名

廿日市市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

禁煙治療を完了し、廿日市市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、廿日市市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 助成申請額
金 円

2 申請内容

受診医療機関	所在地：		
	名 称：		
調剤薬局 * 院内処方の場合はこちらを✓してください。→□	所在地：		
	名 称：		
受診日	医療機関への 支払額	調剤薬局への 支払額	合計 (助成対象経費)
1回目(月 日)	円	円	円
2回目(月 日)	円	円	
3回目(月 日)	円	円	
4回目(月 日)	円	円	
5回目(月 日)	円	円	
助成申請額（助成対象経費の1／2） ※100円未満切り捨て、上限10,000円			円

3 添付書類

- ・禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書、診療明細書及び調剤明細書
- ・禁煙外来治療完了証明書（様式第4号）
- ・廿日市市口座振替依頼書

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。