

第 1 号様式 (第 7 条第 2 項関係)

名古屋市禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者 住所 〒

氏名 (自署)

助成対象者との続柄 ()

電話番号 () -

名古屋市禁煙外来治療費助成事業実施要綱に基づき、以下のとおり禁煙外来治療費助成金を申請します。なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助 成 対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住 所 (住民票住所 を記載)	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()			
	禁煙外来 治療状況	医療機関名			
		調剤薬局名			
	禁煙外来治療に係る本事業からの助成金の交付を過去に受けたことの有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
禁煙外来治療に係る他の助成金等の交付の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有				

*添付書類 (添付したものに□に✓を入れてください)

- 禁煙外来治療に係る医療機関の領収書、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書
- 委任状 (申請者が助成対象者と異なる場合のみ)
- 禁煙外来治療に係る他の助成金等の交付内容がわかる書類 (「禁煙外来治療に係る他の助成金等の交付の有無」で有と答えた方のみ)

禁煙外来治療費自己負担額

受診年月日	医療機関へ支払った経費 (自己負担分)	調剤薬局へ支払った経費 (自己負担分)
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
合計	(A) 円	(B) 円
※助成対象経費 自己負担分の合計(A+B)	円	

備考：保険診療における禁煙外来治療（ニコチン依存症管理料）は、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会）に沿って、12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うこととされています。

助成申請額

※助成対象経費（A+B）の2分の1【上限：10,000円】

助成金額に百円未満の端数が生じた場合は、百円未満を切り捨てた金額を記載する。

助成申請額									0	0	円
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

振込先口座（申請者本人名義の口座としてください）

金融機関名	銀行 金庫 農協	本・支店名	本店・支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	(ふりがな)		