

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

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)		