

様式 19

禁煙外来治療費用助成事業申請書兼確約書

名古屋市長あて

申請者	認定番号	名公	電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

名古屋市禁煙外来治療費用助成事業による禁煙治療を受けるため、名古屋市公害保健福祉事業要綱第 50 条に基づき提出します。

また、申請にあたり、下記の事項について同意することを確約します。

記

- 1. 本市による定期的な禁煙の継続状況確認及び指導等を受けます。
- 2. 禁煙治療の過程を途中で終了するとき、もしくは申請を取り下げるときは、速やかに申し出ます。
- 3. 本事業以外の禁煙治療に係る助成制度の利用状況確認のため、申請者の情報に関して、関係機関等と共有することがあります。

年 月 日

氏名（署名）

《確認事項》

本事業以外の助成制度を利用して禁煙治療を行う予定がありますか。→ ☐ある ☐ない