

(表面)

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 () -

原則として、助成対象者本人としてください。住所は住民票の住所を記載してください。やむを得ない理由でご本人が申請できず、ご本人以外が申請する場合は、委任状を添付してください。なお、氏名欄は必ず申請者が自署してください。

申請内容等についてお問い合わせする可能性がありますので、平日の昼間に連絡がつく電話番号をご記入ください。

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	☐ 申請者と同じ			
	住 所 (住民票住所を記載)	〒 ☐ 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	☐ 無 ・ ☐ 有			
禁煙外来治療に係る他の助成金等の交付の有無	☐ 無 ・ ☐ 有				

助成対象者の氏名、住所 (住民票住所)、生年月日等を記載してください。申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に☑を記入して、氏名、住所、電話番号を省略することが可能です。

禁煙外来治療を行った医療機関等を記載してください。

過去に本事業により助成を受けたことがある場合は、申請ができません。

禁煙外来治療に係る他の助成金等の交付を受けている場合は、その助成額を控除した額を助成いたします。

* 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)

(裏面)

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。

円

助成金交付申請書の助成申請額欄に禁煙外来以外の治療費が含まれている場合は、その額を除いて助成いたします。また、記載された金額に誤りがあった場合は、提出いただいた診療明細書等から正しい助成額を算出し助成いたします。

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)		

「申請者」欄に記載された方の口座をご記入ください。