

様式第 1 号（第 5 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

長泉町禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

長泉町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 _____

長泉町禁煙外来治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。また、禁煙外来治療費助成金交付の申請に当たり、住民登録状況、納税状況その他関係資料について、長泉町が調査を行うことに同意するとともに、長泉町禁煙外来治療費助成金交付事業に関するアンケート調査に協力します。

記

受診医療機関	名称 _____
	所在地 _____
	電話 _____
治療期間	年 月 日～ 年 月 日
禁煙外来治療に要した費用 (本人負担分)	円
助成金請求額	円
その他による禁煙外来治療費 助成の有無	無 ・ 有

(添付書類)

- 1 禁煙外来治療を受診し禁煙外来に要した医療機関等発行の医療費、薬剤費の領収書及び内訳の明記された明細書
- 2 禁煙に関する指導および治療管理等が明記された文書の写し