

喜多方市禁煙外来治療費助成事業開始登録書

年 月 日

喜多方市長

申請者

住所

氏名 印

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

喜多方市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、喜多方市禁煙外来治療費助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり届け出ます。

1 受診予定医療機関名

2 確認事項

(1) これまでに本事業により補助金を受けたことがありますか。

はい ・ いいえ ※「はい」の方は補助の対象になりません。

(2) 公的医療保険の適用要件を満たしていますか。

はい ・ いいえ ※「いいえ」の方は補助の対象になりません。

(3) 本届出後速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始できますか。

はい ・ いいえ

※初診から12週間以内に禁煙外来治療を終え、補助金の請求手続を行ってください。期間を過ぎると補助金の請求はできません。

(4) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、市役所保健課健康推進室に連絡し、補助金の申請・請求ができないことに了承できますか。

はい ・ いいえ

(5) 禁煙外来治療中及び治療後に状況確認等の問い合わせをした場合、誠実に回答できますか。

はい ・ いいえ