

喜多方市禁煙外来治療費助成事業補助金交付申請書兼請求書

請求申請日(治療完了日より30日以内)

年 月 日

喜多方市長 様

【添付資料】

- ・領収書、診療明細書の写し
- ・振込口座の写し

申請者

住所

氏名

印

喜多方市禁煙外来治療費助成事業補助金の交付を受けたいので、喜多方市禁煙外来治療費助成事業補助金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請(請求)します。

補助金交付申請(請求)額

内訳と口座の太枠内を記入

治療期間は12週間以内

*内 訳

禁煙治療を受けた医療機関名		
禁煙治療に要した期間	開始 年 月 日	完了 年 月 日
禁煙治療に要した経費		
年月日	医療機関への支払額(円)	薬局への支払額(円)
小 計	(A)	(B)
補助対象額 (A)+(B)		(C)
交付申請(請求)額 ・(C)の2分の1の額(100円未満切捨て)と 9,000 円のいずれか低い額		円

申請者振込口座		
金融機関名	普通	口座番号
支店名	当 座	
(ふりがな)		
口座名義		

※太枠内を記入してください。
※領収書、診療明細書の写し及び禁煙外来治療が完了したことがわかる書類若しくは禁煙外来治療完了証明書(様式第4号)、振込口座の確認できる通帳等の写しを添付。