

申請者と振込先の口座名義人は同一人物にしてください。

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号

つくば市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

治療を受けた医療機関名	
調剤薬局名	
この助成金の交付の審査に際し、私の住民登録情報及び市税の納付状況について、つくば市備付けの公簿等により確認することに同意します。また、申請（請求）の内容について市が必要に応じて医療機関へ問い合わせること及び禁煙外来治療について重複して他の助成を受けないことに同意します。	
年 月 日	署名 _____

禁煙外来治療に要した費用（ただし、初診日から禁煙外来治療において定められた治療を終了するまでの費用に限る。）

受診日	（医療機関）自己負担額	（薬局）自己負担額
1 回目（ 年 月 日）	円	円
2 回目（ 年 月 日）	円	円
3 回目（ 年 月 日）	円	円
4 回目（ 年 月 日）	円	円
5 回目（ 年 月 日）	円	円
自己負担額 小計	円	円
自己負担額 合計	円	
助成金交付 申請額	自己負担額合計 自己負担額の1/2の額 （ ）円 × 1/2 = （ ）円 ※100円未満切捨て 申請額 _____円 ※助成限度額と自己負担額を比較して低い方の額 ※助成金の額は、禁煙外来治療に要した費用の 2 分の 1 に相当する額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）となります。 ただし、1 万円を限度とします。	

添付書類 (1) 禁煙外来治療に要した医療費及び薬剤費の領収書及び診療明細書の写し
(2) 禁煙外来治療の終了を証する書類の写し
(注意) この助成金は、1 人につき 1 回のみ受けることができます。過去にこの助成金の交付を受け、又は禁煙外来治療に係る他の助成を受けたことがある方は対象外となりますので御注意ください。

※助成金の交付が決定したときは、以下の振込先に振り込んでください。

金融機関名・支店名	(銀行・金庫・信金・農協)							支店
口座種別・口座番号	普通	・	当座					
フリガナ								
口座名義人								