

# 記入例

治療終了日の年度末までに申請してください。

令和4年 6月30日

つくば市長 宛て

申請者 住 所 つくば市研究学園1-1-1  
 氏 名 筑波 太郎 印  
 生年月日 平成2年9月27日  
 電話番号 090-0000-0000

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。

押印してください。

## 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	〇〇〇〇クリニック		
調剤薬局名	〇〇〇〇薬局		
申請者の区分 (該当する□にレ印を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 妊娠している。 <input type="checkbox"/> 妊婦と同居している。 <input checked="" type="checkbox"/> 18歳以下の者と同居している。		
同居する妊婦又は18歳以下の者 ※上記の同居者がいる場合のみ記入	氏名	筑波 一郎	生年月日 令和2年6月30日
この助成金の交付の審査に際し、住民登録及び市税の納付状況について、つくば市備付けの公簿により、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。			
令和4年 6月30日		署名 筑波 太郎	

いずれかに該当しないと申請できません。

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( 令和4年 4月 3日)	1,770円	2,080円
2回目( 令和4年 4月17日)	1,150円	2,620円
3回目( 令和4年 5月 8日)	1,150円	4,780円
4回目( 令和4年 5月29日)	1,150円	4,780円
5回目( 令和4年 6月26日)	930円	0円
自己負担額 小計	6,150円	14,260円
自己	100円未満は切捨ててください。	20,410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
	( 20,410 ) 円 × 1/2 = ( 10,200 ) 円 ※100円未満切捨て	
申請額	10,000 円 ※助成限度額と自己負担額を比較して低い方の額	
※申請額は、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。		

自己負担額の1/2が10,000円を超えた場合、申請額は10,000円となります

医療費及び薬剤費の領収書及び診療明細書の写し  
証する書類の写し

(3) 母子健康手帳の写しその他の妊娠を証する書類(妊婦又は妊婦と同居している者として助成金の交付を受けようとする場合に限る。)

(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	〇〇 (銀行・金庫・信金・農協) 〇〇 支店
口座種別・口座番号	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	ツバ タロウ
口座名義人	筑波 太郎

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。

つくば市長 宛て

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
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				
申請者の区分（該当する□にレ印を記入してください。）		<input type="checkbox"/> 妊娠している。 <input type="checkbox"/> 妊婦と同居している。 <input type="checkbox"/> 18歳以下の者と同居している。		
同居する妊婦又は18歳以下の者 ※上記の同居者がいる場合のみ記入	氏名	生年月日	年 月 日	
この助成金の交付の審査に際し、住民登録及び市税の納付状況について、つくば市備付けの公簿により、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	
	<b>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</b> ※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。 <b>ただし、1万円を限度とします。</b>	

- 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  
 (3) 母子健康手帳の写しその他の妊娠を証する書類（妊婦又は妊婦と同居している者として助成金の交付を受けようとする場合に限る。）

(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					