

(宛先)

申請者
 住 所
 氏 名
 生年月日 年 月 日
 連絡先 () ー

加賀市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

加賀市禁煙外来治療費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

加入保険名	加賀市国保・協会けんぽ・その他				
禁煙外来治療を受けた医療機関					
調剤薬局名					
禁煙外来治療に要した期間	開始	年	月	日	
	終了	年	月	日	
禁煙外来治療に係る費用(ただし、初診日から起算して12週間以内に受診した費用に限る。)					
医療機関への支払額(円)			調剤薬局への支払額(円)		
年月日	領収書金額	助成対象費用	年月日	領収書金額	助成対象費用
小計(A)			小計(B)		
助成対象金額(C)	((A) + (B)) / 2 100円未満切捨て			円	
交付申請額(D)	(C)と10,000円のいずれか低い額			円	

※確認事項

<input type="checkbox"/> 医療機関、調剤薬局及び保険者へ申請内容の確認をすることについて了承します。 <input type="checkbox"/> 他の禁煙外来治療費の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳の閲覧をすることに同意します。

次の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人(カタカナ)
		普・当		

備考：申請期間は禁煙外来治療終了日から1年間です。1年を過ぎた場合、無効となりますのでご注意ください。