

年 月 日

(宛先)

申請者

住 所

氏 名

印

連 絡 先

加賀市禁煙外来治療費助成金交付申請書

被保険者証の記号番号	か が				
禁煙外来治療を受けた医療機関					
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	

加賀市禁煙外来治療費助成金交付要綱(以下「要綱」という。)第4条の規定により申請します。
 なお、申請に当たっては、要綱に定める条項の適用を受けること、私の住民基本台帳を確認すること及び医療機関作成の領収書に関して当該医療機関へ内容等の問い合わせをすることについて承諾します。