様式第1号（第７条関係）

高浜町禁煙治療費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

高浜町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者住所 | 福井県大飯郡高浜町 |
| （ふりがな）申請者氏名 |  | 生年月日 | 大正　・昭和　・平成　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 年　　　月　　　日 |
| 連絡先 | 自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 |

　高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱第７条第1項の規定により、次のとおり申請します。

　町長が高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱第７条第2項の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求しますので、助成金の交付については次の口座へお振込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 禁煙治療を受けた医療機関 |  |
| 禁煙治療に要した期間 | 開始　　　　　　　　年　　　　月　　　日終了　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 禁煙治療に係る経費

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関への支払額（円） | 調剤薬局への支払額 |
| 年月日 | 領収書金額 | 助成対象経費 | 年月日 | 領収書金額 | 助成対象経費 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 小計（A） |  | 小計（B） |  |
| 助成対象金額（C） | 1. ＋　（B）　＝
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請金額（C）と10,000円のいずれか低い額 |  |

 |

＊助成対象経費は、要綱第5条に定める経費とし、医療機関などに支払った費用のうち、禁煙治療に直接関係ない費用（禁煙治療以外のその他疾病の治療に要する治療費、入院費、食事代等）を除いた費用とする。

<添付資料>

①医療機関・調剤薬局の領収書及び診療明細書の写し

②住民票

③納税証明書

|  |
| --- |
| 申請者振込口座 |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　店　　　　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　　　　　　　出張所　　　　　　　　　　　　　　　漁業協同組合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 種目 | 1. 普通
2. 当座
 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ |
| 氏　名 |

|  |
| --- |
| 禁煙治療受診証明（＊医療機関記入欄） |
| 　次の者については、保険適用となる禁煙治療に準じた治療を受け、治療を終了したことを証明します。　・受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・禁煙治療期間　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日　・医療機関　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名（又は治療に当たった医師の記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |