

高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、禁煙外来において禁煙治療を行う者の治療費を助成することにより、喫煙者の禁煙意識を図り、また喫煙者を減らすことにより、受動喫煙防止に向けた健康づくりを推進することを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、高浜町とする。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、医療機関の外来において禁煙治療を終了した者であって、次の各号の要件をいずれも満たした者とする。

- (1) 高浜町に住所を有する者
- (2) ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されている者
- (3) 当該治療を受けることを文書により医師に同意している者
- (4) 治療期間において禁煙治療を受け、禁煙治療を終了していることについて医師の証明を受けている者
- (5) 過去に受けた禁煙治療から1年以上経過していること
- (6) 町税を完納している者であること

(助成金の交付制限)

第4条 助成金の交付回数は1人1回限りとする。

2 他の禁煙治療補助制度の対象となっているものについては、助成金の交付の対象としない。

(助成金の交付対象経費)

第5条 禁煙治療に直接要した治療費のうち、助成金額の算定に当たって、対象となる経費（以下「助成対象経費」）は、次に掲げるものとする。ただし、初診日から一連の治療を終了するまでの費用に限る。

- (1) 初診料
- (2) 再診料
- (3) ニコチン依存症管理料
- (4) 処方料及び処方箋料
- (5) 調剤基本料、調剤料及び薬剤服用歴管理指導料
- (6) 薬剤料（医師の処方に基づき購入した禁煙補助薬に限る）
- (7) 前各号に掲げる助成対象経費に係る消費税及び地方消費税

(助成金の額)

第6条 助成金の額は、前条に掲げる費用とし、1万円を上限とする。

(助成金の申請及び決定)

第7条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、禁煙治療が終了した日から3か月以内に、高浜町禁煙治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、領収書の写し、診療明細書の写し、住民票及び納税証明書を添えて、町長に提出しなければならない。ただし、本人の同意を得て公簿等で確認することができる書類は省略できるものとする。

2 町長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、助成金の可否について決定し、高浜町禁煙治療費助成金交付（不交付）決定兼確定通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

3 町長は、前項により助成金の交付を決定した場合は、速やかに助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第8条 町長は、偽りその他不正な手段によって助成金の給付を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、実施に関し必要な事項は、町長が別に定めるものとする。

附則

この告示は、平成30年4月1日から施行する。

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)		(A) + (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 金庫 農業協同組合 漁業協同組合		店 支店 出張所
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

高浜町禁煙治療費助成金交付(不交付)決定兼確定通知書

年 月 日

様

高浜町長 印

年 月 日付で申請のあった禁煙治療費助成金交付申請については、下記のとおり決定し、助成金の額を確定したので通知します。

記

1. 助成金の交付申請額 円
2. 助成金の決定(確定)額 円
3. 助成金の交付条件 高浜町禁煙治療費助成金交付事業実施要綱の規定に従うこと

(不交付の理由)