

多摩市禁煙治療費助成金交付請求書

年 月 日

多摩市長 殿

多摩市禁煙治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、多摩市禁煙治療費助成金の交付を請求します。

太枠内を記入してください。	ふりがな			登録番号		
	氏名	印				
	住所					
	生年月日	年	月	日	( 歳)	
	日中に連絡できる電話番号	—	—			
	禁煙治療を受けた医療機関					
	禁煙治療を受けた期間	年	月	日から	年	月 日まで
※市処理欄	医療機関への支払額 (円)			調剤薬局への支払額 (円)		
	支払年月日	領収書金額	助成対象経費	支払年月日	領収書金額	助成対象経費
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	医療費小計 (A)		円	薬剤費小計 (B)		円
	助成対象経費合計 (C)			(A+B) = 円		
	交付請求額			円		
※助成対象経費の1/2額(100円未満切り捨て)						
又は1万円のいずれか少ない額						

多摩市禁煙治療費助成金は、次の口座へ振り込みを依頼します。なお、請求者と口座名義が異なる場合は、口座名義人に受領を委任します。

太枠内を記入してください。	金融機関名	銀行コード		支店コード (店番)				
		銀行	信金	農協	( )	本店	支店	出張所
	口座番号				預金種別	普通・当座		
	ふりがな							
	口座名義人							

※市処理欄

- 添付書類確認
- 禁煙治療の実施が記載されている診療明細書及び調剤明細書 (写し)
  - 禁煙治療に要した医療費及び薬剤費の領収書 (写し)
  - 禁煙治療費助成金交付請求時アンケート
- 領収書・明細書を確認のうえ、「禁煙治療に係る経費」欄の記載