

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申請します。

なお、助成金の交付の決定を受けた場合は、当該決定の日及び決定額（確定額）により助成金を請求します。

太枠内を記入してください。

申 請 者	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
	交付申請額及び請求額 ※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						円

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、申請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。

振 込 先	金融機関名	銀行コード		支店コード (店番)	
		銀行	信金	農協	()
	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
- (1) 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）
 - (2) 禁煙治療に要した医療費及び薬剤費の領収書（写し）
 - (3) 禁煙治療費助成金交付申請時アンケート
- 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