

受付印

禁煙外来治療費助成交付申請日： 年 月 日

禁煙外来終了証明日： 年 月 日

----- 破線より上は担当課記入欄 -----

この書類は、禁煙外来治療証明日から1年以内に提出ください。期限が過ぎた場合、健康づくりポイントは付与されません。紛失しないように申請まで保管してください。

禁煙継続証明書

_____さんは、禁煙外来治療終了証明日から現在まで6か月以上禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日

証人 住 所 _____

氏 名 _____

申請者との関係 (_____)

(例：家族、職場の同僚、友人等)

健康づくりポイント付与申請書

私は、上記証明書のとおり禁煙外来治療を完了してから、6か月間禁煙を継続しているため、健康づくりポイントの付与を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 みなかみ町 _____

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳) _____

電話番号 _____