

禁煙外来治療開始届出書

年 月 日

みなかみ町長 宛

申請者 住 所	みなかみ町
氏 名	男・女
生年月日	年 月 日（ 歳）
電話番号	

禁煙外来治療費助成金の交付を受けるため、みなかみ町禁煙外来治療費助成交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり添付書類を添えて、届出します。また、申請内容の確認のため、みなかみ町が住民基本台帳等の公簿を照会することに同意します。

記

1. 受診医療機関名 _____

2. 受診開始日 _____ 年 月 日

3. 確認事項

① これまでに本事業により助成金を受けたことがありますか。	はい・いいえ
② 禁煙外来治療の公的医療保険適用要件を満たしていますか。	はい・いいえ
③ 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、助成金の請求ができないことに同意いただけますか。	はい・いいえ
④ 禁煙外来治療中に町外へ転出した場合は、助成金の請求ができないことに同意いただけますか。	はい・いいえ
⑤ 禁煙外来治療後にアンケート等で状況確認することに同意いただけますか。	はい・いいえ

※破線以下は担当課記入欄

- 保険証のコピー
- 様式第3号、第4号を渡す
- 初回診察の領収書と明細書

受付印