

みなかみ町禁煙外来治療費助成交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者 住 所 みなかみ町

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）

電話番号 _____

禁煙外来治療を受け、禁煙外来治療を終了し禁煙に成功したため、みなかみ町禁煙外来治療費助成事業要綱第5条の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

また、みなかみ町がこの助成の決定に必要なであると判断した場合、次のことについて同意いたします。

(1) 受診した医療機関等に対して治療内容や費用等について照会すること、及び医療機関等がこの照会について回答すること。

(2) 納税状況について滞納（未納）状況確認書（様式第1号）により確認すること。

なお、助成金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に助成金を振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------|----------|--|--|--|----|--|--------------|--|--|--|--|------|
| 補助金振込先 | 口座名義人 (申請者) | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関 | 銀行・信組・信金 | | | | 店舗 | | 本店・支店 出張所 | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | | | 預金種別 |

太枠の受診日を記入ください。

| 保 険 医 療 機 関 | 受 診 日 | 領収書金額 | 備 考 |
|---------------------|---------|-------|-----|
| 保 險 医 療 機 関 | ① 年 月 日 | 円 | |
| | ② 年 月 日 | 円 | |
| | ③ 年 月 日 | 円 | |
| | ④ 年 月 日 | 円 | |
| | ⑤ 年 月 日 | 円 | |
| 保 險 薬 局 | ① 年 月 日 | 円 | |
| | ② 年 月 日 | 円 | |
| | ③ 年 月 日 | 円 | |
| | ④ 年 月 日 | 円 | |
| | ⑤ 年 月 日 | 円 | |
| 合 計 | | 円 | |
| 補助金交付額（上限 10,000 円） | | | |

※禁煙外来治療に要した医療費等の領収書の原本及び明細書の原本、禁煙治療完了証明書、禁煙外来治療後アンケートと併せて提出してください。

※破線以下は担当課記入欄

- 領収書
 禁煙治療完了証明書
 禁煙外来アンケート
- 禁煙継続証明書を渡す

| |
|-----|
| 受付印 |
| |