

鷹栖町禁煙外来治療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

鷹栖町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり鷹栖町禁煙外来治療費助成金交付の申請をします。

申請者 (禁煙外来治療を受けた方)	住所	鷹栖町
	氏名	
	電話番号	

禁煙外来治療の内容	医療機関等名称		
	禁煙外来治療合計額	円 (A)	円 (B)
	禁煙外来治療に要した期間	禁煙外来治療開始日	年 月 日
		禁煙外来治療終了日	年 月 日
	助成対象合計額	(A) + (B)	円 (C)
	助成金交付申請額	<u>特定健診結果未提出者</u>	<u>特定健診結果提出者</u>
<u>(C) × 1/2 と 10,000円のいずれか低い額</u>		<u>(C) と 20,000円のいずれか低い額</u>	
	円	円	
振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫 店		
	口座の種類/番号	普通 ・ 当座	
	ふりがな 口座名義人	(氏)	(名)

同意書
私は、鷹栖町禁煙外来治療費助成金交付要件の確認のため、鷹栖町長が住民基本台帳を閲覧及び調査することに同意します。
年 月 日
申請者氏名

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は申請者名義の口座としてください。

<申請に必要なもの>

- 鷹栖町禁煙外来治療費助成金交付申請書（様式第3号）
- 医療機関等の領収書の原本（支払いを証するもの）
- 医療機関等の診療明細書（診療内容の分かるもの）
- 印鑑（申請書に押印したもの）
- 町税等納付状況調査同意書（鷹栖町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置に関する条例施行規則別記様式第1号）
- 特定健診受診者は特定健診結果通知（助成金が上限20,000円となります）

※鷹栖町記入欄

処理欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	受給者番号		決定金額	円
	課長	補佐・主幹	係長・主査	係

