

年 月 日

東広島市長 様

申請者 住所
氏名

東広島市禁煙外来治療費助成金交付申請書

禁煙治療を完了し、東広島市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、東広島市禁煙外来治療費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額

金 円

2 申請内容

受診医療機関	所在地：		
	名 称：		
調剤薬局	所在地：		
	名 称：		
受診日	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合計（助成対象経費）
1回目（月 日）	円	円	円
2回目（月 日）	円	円	
3回目（月 日）	円	円	
4回目（月 日）	円	円	
5回目（月 日）	円	円	
助成申請額（助成対象経費の1／2） ※100円未満切り捨て、上限10,000円			円

3 添付書類

- ・禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書及び診療明細書
- ・禁煙外来治療完了証明書（別記様式第4号）