

別記様式第1号（第2条関係）

東広島市禁煙外来治療費助成事業登録申請書

年 月 日

東広島市長 様

申請者

住所

氏名

生年月日年.....月.....日（.....歳）

電話番号

東広島市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、東広島市禁煙外来治療費助成金交付要綱第3条の規定により、下記のとおり登録を申請します。

受診予定医療機関名	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の方は助成の対象になりません。
公的医療保険の適用要件を満たしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「いいえ」の方は助成の対象になりません。
本届出後、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※登録審査結果通知日から6か月以内に治療を完了し、当該登録の通知の日の属する年度の末日までに、助成金の請求手続きを行ってください。 期間を過ぎると助成金の請求はできません。
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しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
禁煙外来治療中及び治療後に状況確認等の問い合わせをすることに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ