

清瀬市禁煙治療費助成金交付申込書兼請求書

年 月 日

清瀬市長 殿

清瀬市禁煙外来治療費助成金交付事業実施要綱第 8 条の規定により、清瀬市禁煙治療費助成金の交付を申込みます。

太枠内を記入してください

請求者	(ふりがな) 氏名				登録番号		
		印					
	住所						
	生年月日	年	月	日	(歳)		
	日中に連絡可能な電話番号	— —					
	禁煙治療を受けた医療機関						
	禁煙治療を受けた期間	年	月	日	から	年	月

※市処理欄

禁煙治療に係る経費	医療機関への支払額 (円)			調剤薬局への支払額 (円)		
	支払年月日	領収書金額	助成対象経費	支払年月日	領収書金額	助成対象経費
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	医療費小計 (A)		円	薬剤費小計 (B)		円
	助成対象経費合計 (C)			(A+B) =		
	円			円		
交付請求額 ※助成対象者の 1/2 額 (100 円未満切り捨て) 又は 1 万円のいずれか少ない額			円			

清瀬市禁煙治療助成金は、次の口座へ振り込みを依頼します。なお、請求者と口座名義が異なる場合、口座名義人に受領を委任します。

太枠内を記入してください

振込先	金融機関名	銀行コード				支店コード				
		銀行	信金	農協	()	本店	支店	出張所	()	
	口座番号					預金種別	普通・当座			
	ふりがな									
	口座名義人									

※市処理欄

送付書類確認

(1) 禁煙治療の実施が記載されている診療明細書及び調剤明細書 (写し)

(2) 禁煙治療に要した医療費及び薬剤費の領収書 (写し)

領収書・明細書を確認のうえ「禁煙治療に係る経費」欄の記載