

取手市長 殿

申請者 住所 〒

取手市

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

取手市禁煙外来治療費助成金申請書

取手市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、取手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

また、申請に当たり、下記の事項を承諾します。

受診医療機関名	
薬局名	
禁煙外来治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
申請者の区分（該当する□にレ印を記入してください。）	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 妊婦と同居 <input type="checkbox"/> 20歳未満の者と同居

承諾事項

- (1) 助成金の申請後に、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始します。
- (2) 現在又はこれまでに、抗うつ剤、睡眠薬等の精神安定剤を服用したことがある場合は、禁煙外来治療が心身に影響を及ぼさないことを医師に確認しています。

添付書類

- (1) 住民票謄本の写し（申請日における住所が確認できるものに限る。）
  - (2) 市税の滞納がないことを証する書類
  - (3) 妊婦又は妊婦と同居している者にあつては、当該妊婦に係る母子保健法第16条第1項の母子健康手帳の写し
  - (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- ※ 次の事項に同意する場合は、(1)及び(2)の書類の添付は不要です。

## 同意事項

助成金の交付対象者の確認のため、市が公簿等により住民登録及び市税の納付状況を確認することについて

- 同意します。
- 同意しません。