

年 月 日

取手市長 殿

請求者 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実績報告書兼請求書

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8条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて請求します。

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		
禁煙外来治療に係る費用			
受診日	自己負担額		備考
	医療費 (A)	薬剤費 (B)	
1回目（ 月 日）	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	
(C)自己負担額の合計	円	円	(A)+(B) 円
(D)治療終了証明書の発行に係る手数料		円	
(E)助成金交付請求額	$((C)+(D)) \times 1/2$ (100円未満の端数は切り捨て) ※上限額1万円		円

振込金融機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合			本店・支店・本所 支所・出張所					
	預金種目	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義									

添付書類

- (1) 助成対象経費に係る領収書の写し
- (2) 禁煙外来治療が終了したことを証する書類
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類