

様式第2号

吹田市禁煙治療費に係る自己負担額助成金交付申請書

平成 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住 所
(受診者) 氏 名
生年月日 昭和・平成 年 月 日
電 話 () -

次のとおり禁煙治療に係る自己負担額助成金の交付を申請します。

記

- 1 届 出 日 平成 年 月 日
- 2 受 診 開 始 日 平成 年 月 日
- 3 受 診 終 了 日 平成 年 月 日
- 4 受診医療機関名 所在地
名 称
- 5 調 剤 薬 局 名 所在地
名 称
- 6 使用した禁煙補助薬 飲み薬・貼り薬・処方なし
- 7 加入している健康保険
- 8 助成対象費用および助成金交付申請額

年月日	医療機関への支払額 (円)		年月日	調剤薬局への支払額 (円)		計 (A+B) 助成対象経費
	領収書金額	助成対象費用 (A)		領収書金額	助成対象費用 (B)	
合 計						
助成金交付申請額 (上限 10,000 円)						

※添付書類 禁煙治療の内容及び自己負担額の支払を証する書類 (領収証、医療費明細書、調剤明細書)
健康保険証 (写)