

様式第1号

禁煙治療開始届出書

平成 年 月 日

吹田市長 宛

申請者(受診者) 住 所 吹田市.....
氏 名 男・女
生年月日 昭和・平成 年 月 日(歳)
電 話 (.....).....

禁煙治療に係る自己負担額助成金の交付を受けるため、吹田市禁煙治療に係る自己負担額助成金交付要綱第5条第1項の規定により下記のとおり届出します。

記

- 1 受診予定医療機関名
(受診医療機関名)
- 2 受診開始予定日 平成.....年.....月.....日
(受診開始日)
- 3 確認事項

(1) 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。 ※「はい」の方は助成の対象になりません。	はい・いいえ
(2) 公的医療保険の適用要件を満たしていますか。 ※アンケートでご確認ください。「いいえ」の方は対象になりません。	はい・いいえ
(3) 治療中の病気がある方にお伺いします。主治医に禁煙治療の許可を受けていますか。 ※「いいえ」の方は対象になりません。	はい・いいえ
(4) 本届出後すみやかに禁煙外来を受診し、治療を開始する予定ですか。 ※届出日から6か月以内に治療を終え、助成金の申請をしてください。	はい・いいえ
(5) 禁煙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いただけますか。 ※「いいえ」の方は対象になりません。	はい・いいえ
(6) 禁煙治療中および治療後に保健センターからの状況確認などに協力することに同意いただけますか。 ※本事業の評価のためにご協力をお願いします。	はい・いいえ
(7) 近く市外へ転出する予定はありますか。 ※助成金は吹田市に住民登録がないと申請できません。	はい・いいえ

※保健センター記入欄
期限延長申出日 平成 年 月 日
申請期限(延長後) 平成 年 月 日