様式第２号

禁煙治療に係る自己負担額助成金交付申請書兼請求書

吹田市長　様　　令和　　年　　月　　日

吹田市禁煙治療に係る自己負担額助成金交付要領に基づく助成金の交付を受けたいため、同要領第７条の規定により、関係書類を添えて禁煙治療に係る自己負担額助成金の交付を申請します。

本申請にあたり必要があるときは、市が住民基本台帳の情報を確認すること、並びに医療機関等に対し助成に関する情報の照会及び提供を求めることに同意します。

また、助成金の交付を決定したときは、助成金を下記の口座に振り込んでください。

申請者（助成対象者）	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏名		電話番号	
	住所	〒　　吹田市		
加入健康保険	社会保険・国民健康保険・共済組合・船員保険・後期高齢者医療制度			
禁煙治療開始年月日	令和　年　月　日			
禁煙治療終了年月日	令和　年　月　日			
使用した禁煙補助薬	飲み薬・貼り薬・処方なし			
禁煙治療終了時の状況	※いずれの回答でも、助成金の交付決定に影響はありません。 1.　４週間禁煙（４週間1本も吸わずに禁煙を継続している） 2.　１週間禁煙（１週間1本も吸わずに禁煙を継続している） 3.　４週間禁煙、１週間禁煙のいずれにも当てはまらない			
振込先口座	金融機関名	支店名	種別	
	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	
	口座番号（左詰め）	口座名義		
		ふりがな		
記入内容に軽微な誤り（金額誤りは除く）があった場合は、吹田市が訂正することに同意します	申請者署名欄			

（吹田市記入欄：　　字抹消　　字加入）

交付申請額（※）	円

（※）　交付申請額は訂正ができないため、誤った金額を記入された場合、再度書類を書き直したうえで申請が必要となります。

（申請書への記入にあたっては、記入例をご参照ください。）

【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）
- □　（診療5回未満で終了した場合のみ）主治医が発行する禁煙治療終了証明書
- □　禁煙チャレンジ助成金申請時アンケート

受　付　印