様式第２号（第６条関係）

平川市禁煙外来治療費助成事業交付申請書兼請求書

　　　年　　　　月　　　　日

平川市長　　殿

　申請者

住所

氏名

　平川市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、平川市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第６条の規定により関係書類を添えて申請します。

**助成金交付申請（請求）額　　　　　　　　　　　　　　　　　円**

＊内　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 禁煙治療を受けた医療機関名 |  |
| 禁煙治療に要した期間 | 開始　　　年　　月　　日～完了　　　年　　月　　日 |
| 禁煙治療にかかった経費 |
| 年月日 | 医療機関への支払額（円） | 薬局への支払額（円） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 小計（A） | 小計（B） |
| 助成対象額（A）+(B) | (C) |
| 交付申請（請求）額・（C）の２分の１の額（１００円未満切捨て）と　　１０，０００円のいずれか低い額。 | 円 |

|  |
| --- |
| 申請者振込口座 |
| 金融機関名支店名 | 普　通当　座 | 口座番号 |
| （ふりがな）口座名義 |

※太枠内を記入してください。

※領収書、診療明細書及び禁煙外来治療が完了したことがわかる書類若しくは禁煙外来治療完了証明書（様式第３号）、振込口座の確認できる通帳等の写しを添付。