様式第１号（第５条関係）

平川市禁煙外来治療費助成事業開始申請書兼確約書

年　　　　月　　　　日

平川市長　　殿

申請者

住所

氏名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

電話番号

平川市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、平川市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり届け出ます。

１　受診予定医療機関名

２　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　・　いいえ　　　　　※「はい」の方は助成の対象になりません。

（２）　公的医療保険の適用要件を満たしていますか。

はい　・　いいえ　　　　　※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

（３）　本届出後後速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始していただけますか。

はい　・　いいえ

※本届出から６か月以内に禁煙外来治療を終え、助成金の請求手続を

行ってください。**期間を過ぎると助成金の請求はできません。**

（４）　禁煙外来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。

はい ・ いいえ

（５）　禁煙外来治療中及び治療後に状況確認等の問い合わせをすることに同意いた

.だけますか。

　　　　　　　　　はい　・　いいえ