

様式第2号（第6条関係）

大空町禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

大空町長 様

申請者

住 所

氏 名

⑩

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号

大空町禁煙外来治療助成金の交付を受けたいので、大空町禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

受診医療機関名		
調剤薬局名		
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
区 分	医療機関への支払額（円）	調剤薬局への支払額（円）
1回目（月 日）		
2回目（月 日）		
3回目（月 日）		
4回目（月 日）		
5回目（月 日）		
小 計	(A)	(B)
助成対象経費（A）＋（B）	(C)	
交付申請額【助成対象経費（C）の1/2の額と10,000円のいずれか低い額（ただし100円未満切り捨て）】	円	

※添付書類

- (1) 禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書等
- (2) 禁煙外来治療が完了したことが確認できる文書等