

大空町禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年 月 日

大空町長 様

申請者

住 所

氏 名

①

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号

大空町禁煙外来治療助成事業による禁煙外来治療を受けたいので、大空町禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により下記のとおり届出します。

なお、届け出に際し、私及び同一世帯に属する者の町税等の納付状況を確認することに同意いたします。

記

1 受診予定医療機関 _____

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) 禁煙外来治療により悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤・睡眠薬・精神安定剤など）の服用歴や疾病（うつ病など）等がありますか。

【 はい ・ いいえ 】※「はい」の方は①へ

①主治医に禁煙外来治療による許可は得ていますか。

【 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、速やかに禁煙外来を受診し治療を開始いただけますか。

【 はい ・ いいえ 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

(4) 禁煙外来治療を途中で取り止めた場合は、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 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

(5) 禁煙外来治療中及び治療後に町保健師等が状況確認など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 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

※20歳未満の方のみお答えください。

家族に相談し、同意を得ていますか。

【 はい ・ いいえ 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。