

様式第 2 号

枚方市禁煙外来医療費補助金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

枚方市長 宛

本事業を利用し医療機関への 5 回の受診を完了し禁煙に成功しました。

申請者	住 所	枚方市
	氏 名	
	電話番号	— —

枚方市禁煙外来医療費補助金交付要領の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

また、枚方市がこの補助の決定に必要があると判断し、受診した医療機関等に対して治療内容や費用等について照会すること、及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

なお、補助金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に補助金を振り込んでください。

補助金振込先	口座名義人	(フリガナ)															
	※申請者と同じ																
	金融機関	銀行・信組・信金 労金・農協・漁連								店舗	店番		本店・支店 出張所				
		口座番号												預金種別	普通 当座 貯蓄 その他 ()		

受診日以外は職員が記入しますので、何も書かないでください。

	受診日	領収書金額	補助対象額	備考
保険医療機関	① 年 月 日	円	円	
	② 年 月 日	円	円	
	③ 年 月 日	円	円	
	④ 年 月 日	円	円	
	⑤ 年 月 日	円	円	
保険薬局	① 年 月 日	円	円	
	② 年 月 日	円	円	
	③ 年 月 日	円	円	
	④ 年 月 日	円	円	
	⑤ 年 月 日	円	円	
合計			円	
補助金交付額 (上限 20,000 円)			円	

「禁煙治療にかかった費用の額を証明できる全ての書類などの原本又は写し」

「治療後アンケート」と併せて提出してください。