

記入例

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

最終の受診日から1か月以内に
申請してください。

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 禁野本町2丁目13-13
	氏名	枚方 太郎 印
	電話番号	123 - 123 - 1234

枚方市禁煙外来医療費補助要綱第6条の規定により、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 ※申請者と同じ	(フリガナ) ヒラカタ タロウ 枚方 太郎													
	金融機関	健康			銀行・信組・信金 労金・農協・漁連			店舗	店番 1 2 3			増進			本店・支店 出張所
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	預金種別	普通	当座	貯蓄	その他 ()

受診した日付を記入してください。

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	領出
保険医療機関	① 令和2年 9月 1日	記入しないでください
	② 令和2年 9月 15日	
	③ 令和2年 9月 29日	
	④ 令和2年 10月 27日	
	⑤ 令和2年 11月 24日	
保険薬局	① 令和2年 9月 1日	
	② 令和2年 9月 15日	
	③ 令和2年 9月 29日	
	④ 令和2年 10月 27日	
	⑤ 令和2年 11月 24日	
補助金交付額 (上)		

「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」「健康保険証の写し」「治療後アンケート」と併せて提出してください。