

様式第 1 号

禁煙外来治療開始届出書

届出日 年 月 日

枚方市長 宛

私は、枚方市禁煙外来医療費補助制度を活用し、禁煙にチャレンジすることを宣言し、禁煙後に禁煙外来の医療費に係る自己負担額の補助金の交付を受けるため、枚方市禁煙外来医療費補助金交付要綱第 6 条の規定により届出します。

届出者 宣言者	(ふりがな) 氏名		生年月日 T・S・H 年 月 日
	住所	〒573- 枚方市	
	電話番号		
	メールアドレス	-----@-----	
医療機関	医療機関名		初診受診日 年 月 日
	所在地	枚方市内・市外()市	電話番号
加入している健康保険の保険者名称 ※健康保険証の写しも提出してください。			

確認事項(内容をご確認いただき☑してください)
<input type="checkbox"/> これまでに本事業により補助金を受けた事はありません。
<input type="checkbox"/> 公的医療保険の適用要件を確認しました。(禁煙開始前アンケートをご覧ください)
<input type="checkbox"/> 補助金の申請には健康保険が適用された 5 回の通院が必要である事を了承します。
<input type="checkbox"/> ご加入の公的医療保険に本事業と同じ目的の禁煙外来医療費補助制度がありません。 ※本事業と同制度がある場合は、その補助を除いた金額が補助金対象です。
<input type="checkbox"/> 治療中の病気がある場合や新たに他で受診する場合、禁煙治療中であることを主治医へ伝えます。
<input type="checkbox"/> 禁煙治療中、および治療後に枚方市からの状況確認などに協力します。
この制度をどこで知りましたか。あてはまる□に☑をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 広報ひらかた <input type="checkbox"/> 市ホームページ <input type="checkbox"/> 家族から紹介 <input type="checkbox"/> 主治医から紹介 <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> その他 ()

※「禁煙前アンケート」と「健康保険証の写し」と一緒に提出してください。