

## 日高町禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

日高町長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

㊞

私は、日高町禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、日高町禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請し、請求します。

記

診療を受けた医療機関名	
処方を受けた処方箋薬局	
治療期間	年 月 日～ 年 月 日

医療機関へ支払った経費	本人負担額(A)	円
調剤薬局へ支払った経費	本人負担額(B)	円
助成対象経費(C)	(A)+(B)	円
交付申請金額 (C)×1/2又は上限10,000円		円

\* 添付書類：禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書等

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	金融機関	
	支店名	
	種 別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	