

年 月 日

昭島市禁煙治療費助成金交付申請兼請求書

（宛先）昭島市長

（申請者） 住 所 昭島市
氏 名
電話番号
生年月日

印

昭島市禁煙治療費助成金の交付を受けたいので、昭島市禁煙治療費助成金交付事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、下記の申請要件をすべて満たしています。また、市長がこの申請の内容を確認するため、住民基本台帳の閲覧をすることに同意します。

助成金の交付が決定した場合は、助成金は下記金融機関の口座に振り込みください。

禁煙治療医療機関							
調 剤 薬 局 名							
医療機関等への支払額 （公的医療保険の自己負担額に限る）	医療機関への支払額（ア）	調剤薬局への支払額（イ）		合計額（ア）+（イ）=（ウ）			
	円	円		円			
助成金申請額兼請求額	円	①（ウ）の金額が10,000円以上の場合は10,000円 ②（ウ）の金額が10,000円以下の場合は（ウ）の金額 （100円未満は切捨て）					
申 請 要 件	① 申請に係る禁煙治療は、既に適切に終了しています。（医師の確認済み） ② 過去に、昭島市禁煙治療費助成金の交付を受けたことはありません。						
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協					本店 支店	普 通・当 座
口 座 番 号							(受付印)
口 座 名 義 ※ 申請者名義の ものに限りです	(フリガナ) (名義人)						

◎添付書類 禁煙治療にかかる医療費及び薬剤費の領収書