

様式第1号(第6条関係)

川本町禁煙治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川本町長 様

申請者住所	島根県邑智郡川本町		
(ふりがな) 申請者氏名	印	生年月日	T・S・H
			年 月 日
電話番号			

川本町禁煙治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請し、請求します。

町長が川本町禁煙治療費助成金交付要綱第6条第2項の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求し、助成金の交付については次の口座へお振り込みください。

禁煙治療を受けた医療機関					
禁煙治療に要した期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
禁煙治療に係る経費（ただし、初診日から起算して12週間以内に受診した費用に限る。）					
医療機関への支払額（円）			調剤薬局への支払額（円）		
年月日	領収書金額	助成対象経費	年月日	領収書金額	助成対象経費
小計 (A)			小計 (B)		
助成対象金額 (C)		(A) + (B) =			
交付申請金額 (C) × 2 / 3 と 12,000円のいずれか低い額			円		

- ※ 交付申請金額に100円未満の端数が生じるときは、これを切り捨てること。
- ※ 助成対象経費は、要綱第4条に定める経費とし、医療機関等に支払った費用のうち、禁煙治療に直接関係ない費用（禁煙治療以外のその他疾病の治療に要する治療費、入院費、食事代等をいう。）を除いた費用をいう。
- ※ 禁煙治療に係る医療機関・調剤薬局の領収書及び診療明細書の写しを添付すること。

