

# 記入見本

第3号様式（第7条関係）

申請者が自署する場合は、押印は不要です。

禁煙外来治療の完了した月の翌月の末日までの日付を記入して下さい。

## 港区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 港区長

令和4年 9 月 ×× 日

(申請者) 住所 **港区芝公園1-5-25**  
 氏名 **港太郎** (自書又は記名押印)  
 電話番号 **03(3578)2×××**  
 生年月日 **平成〇年×月〇日**

点線枠内をご記入ください。

港区禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、港区禁煙外来治療費助成金要綱第7条の規定により、関係書類を添え、申請します。

なお、申請するに当たり、住所等の確認のために住民登録を閲覧し、また、必要がある場合に関係機関への照会や診療明細の閲覧をすることについて、同意します。

受診医療機関名	<b>みなと中央病院</b>		
調剤薬局名	<b>赤羽橋花子病院</b>		
区分	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合計
1回目 (6月○日)	1,500円	3,405円	ア 19,660円
2回目 (6月×日)	1,200円	3,405円	
3回目 (7月△日)	1,200円	3,405円	
4回目 (8月□日)	1,200円	3,405円	
5回目 (9月◇日)	940円	0円	
助成金申請金額		他からの助成の有無	
アの金額が10,000円以上の場合は10,000円	アの金額が10,000円未満の場合はアの金額(100円未満は切捨て)	有・ <b>無</b>	
10,000円		円	
上記金額を請求します。 また、助成金受給後には、区が実施するアンケート調査等への協力に同意します。 (宛先) 港区長 (請求者) 住所 <b>港区芝公園1-5-25</b> 氏名 <b>港太郎</b> <b>港</b>			
振込先	金融機関	<b>みなと中央</b> <b>銀行・金庫</b> <b>農協・組合</b>	<b>赤羽橋</b> 本店 <b>支店・本所</b> 支所・出張所
	預金種別	<b>普通</b> ・ 当座	口座番号 <b>1234567</b> <b>港</b>
フリガナ	<b>ミナト タロウ</b>		
口座名義	<b>港太郎</b>		依頼印 <b>港</b>

# 港区禁煙外来治療費助成のご案内

見本を参考に記入し、申請に必要な書類を添え、郵送又は持参により申請してください。

**申請者** 助成対象者の住所、氏名、日中連絡が取れる電話番号、生年月日を記入してください。

**受診医療機関名・調剤薬局名** 禁煙外来を受診している医療機関、調剤薬局名を記入してください。

**区分** 診療年月日を記入してください

**医療機関への支払額、調剤薬局への支払額** 禁煙外来に要した、医療機関、調剤薬局への支払額を記入してください。

**合計 ア** 医療機関及び調剤薬局への支払額の合計額を記入して下さい。

**助成金申請金額** アの金額が1万円以上の場合は1万円、アの金額が1万円未満の場合は100円未満を切り捨てた金額を記入してください。

**他からの助成の有無** 禁煙外来治療費について、他からの助成金を受給しているか、○を付けてください(有の場合、申請はできません。)

**振込先** 振込先は申請者の口座を記入してください。振込先の記入誤りがあると、助成金が振り込めませんので、通帳等で十分に確認してください。

### ■申請に必要な書類

- 港区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書
- 禁煙外来に要した医療費及び薬剤費の領収書、明細書
- 申請者の本人確認書類(運転免許証、健康保険証などの写し)

お問い合わせ：港区みなと保健所 健康推進課 健康づくり係 03(6400)0083

3か所(欄外1か所含む)に押印してください。(朱肉を使う印を押してください)