

桜川市禁煙外来治療費助成金交付要項

(趣旨)

第1条 この告示は、喫煙及び受動喫煙による妊婦及び子どもの健康被害を防止し、市民の禁煙に向けた取組を支援するため、禁煙外来治療を完了した者に対し予算の範囲内において助成金を交付することに関し、桜川市補助金等交付規則（平成17年桜川市規則第33号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、「禁煙外来治療」とは、医療機関における禁煙のための外来治療であって、医療保険の給付が適用されるものをいう。

(対象者)

第3条 助成金交付の対象となる者は、医療機関において医療保険の適用となった禁煙外来治療を完了した者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 禁煙外来を開始した日から申請日までの期間（以下「対象期間」という。）において、市内に住所を有し、かつ、20歳以上の者
- (2) 対象期間において、妊婦又は20歳未満の子ども（禁煙外来を開始した日において20歳未満である者）と同居している者
- (3) 市税を滞納していない者
- (4) 他の制度による禁煙を目的とした助成を受けていない者

(助成対象経費)

第4条 この告示による助成金の交付対象となる経費（以下「対象経費」という。）は、禁煙外来（医療保険各法の規定により保険給付の対象となるものに限る。）に係る次に掲げる費用の自己負担額とする。

- (1) 初診料
- (2) 再診料
- (3) ニコチン依存症管理料
- (4) 処方料及び処方箋料
- (5) 調剤基本料、調剤料及び薬剤服用歴管理指導料
- (6) 薬剤料（医師の処方に基づき購入する禁煙補助薬に限る。）

(助成金の交付額)

第5条 助成金の交付額は対象経費の全額とする。ただし、1万円を上限とする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、禁煙外来が完了してから6月以内に桜川市禁煙外来治療費助成金交付申請書（様式第1号）及び桜川市禁煙外来治療費助成金交付請求書（様式第2号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 禁煙外来に要した対象経費に係る領収書の写し
- (2) 禁煙に関する指導及び治療管理等が明記された書類の写し

(3) その他市長が必要と認める書類

(交付決定)

第7条 市長は、前条の規定による交付申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付又は不交付を決定し、桜川市禁煙外来治療費助成金交付・不交付決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、速やかに助成金を支払うものとする。

(交付決定の取消し)

第8条 市長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、既に助成金を交付しているときは、その全部又は一部を返還させることができる。

(1) 虚偽その他不正の手段により助成金の交付決定又は交付を受けたとき。

(2) 法令又はこの告示の規定に違反したとき。

(雑則)

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

(この告示の失効)

2 この告示は、令和10月3月31日限り、その効力を失う。ただし、第8条の規定は、この告示の失効後も、なおその効力を有する。

年 月 日

桜川市長 様

桜川市禁煙外来治療費助成金交付申請書

桜川市禁煙外来治療費助成金交付要項第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

1. 申請者

フリガナ		電話番号	
氏 名			
住 所			
生年月日	年 月 日		
申請者の 区分	☐ 妊婦本人 妊婦又は 20 歳未満の者の名前 ☐ 妊婦と同居 ☐ 20 歳未満の者と同居 _____		

確認事項

- ☐ 申請内容について医療機関に確認することを承知します。
- ☐ 禁煙外来治療費に係る他の助成を受けていません。

同意事項

助成金の交付決定のため、市が住民登録及び市税の納付状況を確認することについて

- ☐ 同意します。
- ☐ 同意しません。

※同意がない場合は助成金の支払ができません。

年 月 日

桜川市長 様

桜川市禁煙外来治療費助成金交付請求書

桜川市禁煙外来治療費助成金交付要項第 6 条の規定により、必要書類を添えて請求します。
助成金は下記口座に振込ください。

1. 請求者

フリガナ		電話番号	
氏 名			
住 所			
生年月日	年	月	日

2. 対象経費の詳細

医 療 機 関 名					
薬 局 名					
治 療 期 間			～		
禁 煙 外 来 治 療 に 係 る 費 用					
医療機関への支払額（A）			調剤薬局への支払額（B）		
年月日	領収書金額	助成対象費用	年月日	領収書金額	助成対象費用
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円
小 計		円	小 計		円
自己負担額合計（A＋B）		円			
助成金交付申請額 ※上限額 1 万円		円			

※自己負担額の合計が 1 万円未満の場合は自己負担額が助成金交付申請額となり、1 万円以上になった場合は、1 万円になります。

振 込 先	金融機関名	(銀行・金庫・信金・農協)
	支店等名	(本店・支店・支所・出張所)
	種別	普通 当座 その他
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	

添付書類

- (1) 禁煙外来に要した対象経費に係る領収書の写し
- (2) 禁煙に関する指導及び治療管理等が明記された書類の写し

様式第3号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

桜川市長

桜川市禁煙外来治療費助成金交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました禁煙外来治療費助成金の交付について、桜川市禁煙外来治療費助成金交付要項7条の規定により、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 次のとおり交付します。

交 付 対 象 者	住 所	
	氏 名	
助 成 金 額	円	
支 払 年 月 日	年 月 日	

2. 次の理由により交付しません。

(理由)