

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、必要書類を添えて対象経費を請求します。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	大正・昭和・平成・西暦	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）			調剤薬局への支払い額（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
		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。

3. 振込先口座

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