

日立市子どもを守る禁煙チャレンジ助成金交付申請書

年 月 日

日立市長 殿

日立市子育て世代禁煙外来治療費助成要綱第5条の規定に基づき、禁煙治療に要した費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、私の属する世帯の住民基本台帳を閲覧することについて同意します。

記

氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号	
同居するもの <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 18歳以下の子ども	氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日 (歳)

医療機関名				
治療方法 (使用した禁煙補助薬の種類)		ニコチンパッチ 飲み薬 () (該当する方に○をつけてください)		
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
受診日	自己負担額		申請額	助成額
	医療機関	薬局		
① 月 日	円	円	(A+B) × 1/2 ※上限額10,000円	
② 月 日	円	円		
③ 月 日	円	円		
④ 月 日	円	円		
⑤ 月 日	円	円		
	円	円		
	円	円		
合計	A 円	B 円	円	円

※太枠内は、市が記入します。

<振込先>

金融機関名	銀行 信用銀行		支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

- ◎添付書類
- 1 医療機関及び薬局の領収書と明細書（原本）
 - 2 通帳の写し（銀行・支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの）
 - 3 母子健康手帳の表紙の写し（妊婦と同居の場合）