

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

宇部市長 様

申請者

住所 .....

氏名 .....

生年月日 .....年 月 日

電話番号 .....

宇部市禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

禁煙治療を完了し、宇部市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、宇部市禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 助成申請額 金 ..... 円

2 申請内容

受診医療機関	所在地：		
	名 称：		
調剤薬局 <small>*院内処方の場合はこちらを✓してください。→□</small>	所在地：		
	名 称：		
受診日	医療機関への 支払額	調剤薬局への 支払額	合計 (助成対象経費)
1回目( 月 日)	円	円	円
2回目( 月 日)	円	円	
3回目( 月 日)	円	円	
4回目( 月 日)	円	円	
5回目( 月 日)	円	円	
助成申請額（助成対象経費の1/2） ※100円未満切り捨て、上限10,000円			円
添付書類	・禁煙治療に要した費用が確認できる領収書、診療明細書及び調剤明細書 ・禁煙外来治療完了証明書（様式第4号）		

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	口 座 番 号
	(ふりがな) 口座名義人		