

美里町禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年 月 日

美里町長 様

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

美里町禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、美里町禁煙外来治療費助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり届け出ます。また、申請内容の確認のため、美里町が住民基本台帳等の公簿を照会することに同意します。

記

1 受診予定医療機関名 _____

2 確認事項

(1) これまでに本事業により助成金を受けたことがありますか。

【 はい ・ いいえ 】※「はい」の方は助成の対象になりません。

(2) 本届出後速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始していただけますか。

【 はい ・ いいえ 】

※原則として、禁煙外来における所定の治療が完了した月の翌月の末日までに助成金の請求手続を行ってください。3月中に治療が完了した場合は、当該年度の末日までに助成金の請求手続が必要となります。

期間を過ぎると助成金の請求はできません。

(3) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、助成金の請求ができないことに同意いただけますか。

【 はい ・ いいえ 】

(4) 禁煙外来治療後にアンケート等で状況確認することに同意いただけますか。

【 はい ・ いいえ 】