

様式第3号（第7条関係）

美里町禁煙外来治療費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

美里町禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

記

- 1 治療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 2 治療完了日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 3 受診医療機関名 \_\_\_\_\_
- 4 調剤薬局名 \_\_\_\_\_
- 5 交付申請額

区 分	医療機関への支払額（円）	調剤薬局への支払額（円）
1回目（ 月 日）		
2回目（ 月 日）		
3回目（ 月 日）		
4回目（ 月 日）		
5回目（ 月 日）		
小計	(A)	(B)
助成対象額 (A) + (B)		(C)
<b>交付申請額</b> (C) 又は2万円のいずれか低い額		円

- ※添付書類 (1) 禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書等  
(2) 禁煙外来治療が完了したことが確認できる書類

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀行・信用組合		本店
	農協・信用金庫		支店
	種 別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
口座名義人			