

様式第1号（第5条関係）

斜里町禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所 斜里町 _____
氏 名 _____ (印)
電 話 _____

斜里町禁煙外来治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に際し、私及び同一世帯に属する者の町税等の納付状況を確認することに同意いたします。

受診医療機関名		
調剤薬局名		
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
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)
助成対象経費(A)+(B)		

※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文書等