

第1号様式（第6条関係）

長久手市禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所 〒.....

長久手市.....

氏 名

生年月日年 月 日（ 歳）.....

電話番号 ..（.....）.....

長久手市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、長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 受診予定医療機関名

2 確認事項

下記の設問事項に全て該当の方が助成対象となります。

設問事項	チェック欄
(1)これまでに本事業による助成を受けたことはありませんか。 ※助成金の請求は1人1回限りとします。	
(2)公的医療保険の適用要件を満たしていますか。	
(3)①禁煙外来治療により悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤・睡眠薬・精神安定剤など）の服用歴や疾病（うつ病など）等はありませんか。*該当する方は②へ	
②主治医に禁煙外来治療による許可は得ていますか。 ※①、②のいずれかにチェックがあれば該当とします。	
(4)本届出を提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。 ※本届出から6か月以内に禁煙外来治療を終え助成金の請求手続きを行ってください。期間を過ぎると助成金の請求はできません。	
(5)禁煙外来治療を途中で取り止めた場合は、助成金の請求ができないことに同意いただけますか。	
(6)禁煙外来治療中及び治療後に市保健師等が状況確認などの問い合わせをすることに同意いただけますか。	
(7)6か月以内に市外へ住所変更する予定はありませんか。 ※届出日から請求時の間、本市に住民登録がないと助成金の請求はできません。	