

第2号様式（第7条関係）

長久手市禁煙外来治療費助成金交付申請書・請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所 〒.....

長久手市.....

氏名 .....

電話 ( ) - .....

長久手市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第7条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

年月日	医療機関へ支払った経費	調剤薬局へ支払った経費	計(A+B) ※助成対象経費
	本人負担分(A)	本人負担分(B)	
合 計			
助成金額（助成対象経費の1/2：上限10,000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

②禁煙外来治療が完了したことが確認できる文書（写）

長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

請求金額.....円

《口座振込先》

振込金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	(ふりがな)
				口座名義人
銀行 信用金庫 農協	支店	普通 ・ 当座		

\*振込先は、申請者名義の口座を記入してください。