長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、次条に規定する事業に助成を行うことにより、市民の禁煙に向けた取組を支援し、生活習慣病、がん予防対策等を推進し、市民の健康の維持、増進を図ることについて、必要な事項を定めるものとする。

（助成対象事業）

第２条　この助成金の助成対象事業の名称及び概要は、次の表に定めるとおりとする。

名称	助成対象事業の概要
長久手市禁煙外来治療費助成事業	医療機関において、公的医療保険（組合管掌健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険、各種共済組合管掌健康保険、船員保険、国民健康保険、前後期高齢者医療制度等）の適用となる禁煙外来治療（以下「禁煙外来治療」という。）を受ける市民に対し、その費用の一部を助成する。

（助成金の交付対象者）

第３条　この助成金を受けることができる者は、次に掲げる要件を全て満たしているものとする。

⑴　禁煙外来治療の開始前に市長に届出をしていること。

⑵　前号の届出から助成金請求までの間において、市内に住所を有する満２０歳以上の者であること。

⑶　禁煙外来治療について市の助成を受けたことがないこと。

⑷　禁煙外来治療について公的医療保険を適用し、所定の治療過程を完了した者であること。

（助成対象経費）

第４条　この助成金の助成対象経費は、禁煙外来治療に要する費用（薬剤費を含む。）のうち本人負担額（禁煙外来治療に要した治療費から公的医療保険の給付額を控除した被保険者、組合員又は被扶養者が負担すべき額）とする。

（助成金の額）

第５条　この助成金の額は、助成対象経費の２分の１に相当する額（その額が１０，０００円を超える場合は１０，０００円）を上限とする。ただし、算出した助成金の額に１００円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

（事前の届出）

第６条　助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、禁煙外来治療開始前に第３条第１号の届出として、長久手市禁煙外来治療費助成事業事前届出書（第１号様式）を市長に提出するものとする。

２　禁煙外来治療により影響を受けると思われる薬剤の服用歴や疾病等がある者が前項の届出を行う場合は、医師に禁煙外来治療が心身への悪影響を及ぼさないことを確認した後に届け出るものとする。

（助成金の交付申請及び請求）

第７条　禁煙外来治療における定められた治療過程が完了した者は、次に掲げる書類を添えて、長久手市禁煙外来治療助成金交付申請書・請求書（第２号様式）を市長に提出するものとする。

⑴　禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書等

⑵　禁煙外来治療が完了したことが確認できる文書

２　助成金の請求は、１人につき１回限りとする。

３　助成金の請求期間は、第６条の届出の日から６月以内とする。

４　市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、助成金の交付又は不交付を決定し、長久手市禁煙外来治療費助成金交付決定通知書（第３号様式。以下「交付決定通知書」という。）又は長久手市禁煙外来治療費助成金不交付決定通知書（第４号様式）により申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第８条　市長は、前条に規定する請求書の提出があったときは、速やかに助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第９条　市長は、偽りその他不正な行為によって助成金を受けた者があるときは、助成金の交付決定を取り消し、既に交付した助成金があるとき

は、その全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第１０条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附　則

この要綱は、平成２７年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和５年２月１日から施行する。

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
⑴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。**	
⑵公的医療保険の適用要件を満たしていますか。	
⑶①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。**	
⑷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。**	
⑸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。	
⑹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。	
⑺6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。**	

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。

第３号様式（第７条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

長久手市長

長久手市禁煙外来治療費助成金交付決定通知書

年　　月　　日付けで提出のありました長久手市禁煙外来治療費助成金交付申請について、下記のとおり決定しましたので、長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第７条の規定により通知します。

記

助成金交付決定額　　円

第４号様式（第７条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

長久手市長

長久手市禁煙外来治療費助成金不交付決定通知書

年　　月　　日付けで提出のありました長久手市禁煙外来治療費助成金交付申請について、下記の理由により不交付の決定をしましたので、長久手市禁煙外来治療費助成金交付要綱第７条の規定により通知します。

記

不交付とした理由