

様式第1号（第6条関係）

届出日 年 月 日

豊田市長 様

住 所

フリガナ
氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 () -

豊田市禁煙治療費助成金交付事前届出書

豊田市禁煙治療費助成事業による禁煙治療を受けるため、豊田市禁煙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 対象条件

以下の項目にいずれも該当する方が助成対象となります。

- (1) 治療開始から治療終了までにおいて、市内に住民登録があり、満20歳以上であること。
- (2) 禁煙治療について、市の助成を受けたことがないこと。
- (3) 禁煙治療について、公的医療保険を適用し、治療開始日（初診日）から起算して12週間以内に5回受診し、所定の治療過程を終了した者であること。
- (4) 豊田市税を滞納していないこと。
- (5) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は同条第2号に規定する暴力団もしくは暴力団員と密接な関係を有していないこと。

2 確認、同意事項

以下の□にチェック（☑）を記入してください。

- 助成の対象条件（上記1）は確認しました。
- 禁煙外来治療中や治療後の市職員からの状況確認等の問い合わせに同意します。
（ やむを得ない事情等により、問い合わせは不可）