

申請日 年 月 日

豊田市長 様

申請者住所

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申請書兼請求書

豊田市禁煙治療費助成金の交付を受けたいので、豊田市禁煙治療費助成金交付要綱第7条の規定により下記のとおり申請します。

記

1 治療開始日 年 月 日

2 治療終了日 年 月 日

3 受診医療機関名 名称

所在地

4 調剤薬局名 名称

所在地

5 助成対象経費及び助成金額 裏面の別表に記載

<誓約、同意事項> にチェック (☑) を記入してください。

これまでに本事業の助成金を受けたことはありません。

豊田市税について滞納はありません。

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若しくは同条第2号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係はありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び市税の収納状況を確認することに同意します。

<添付書類>

(1) 禁煙治療に要した医療費及び薬剤費の領収書

(2) 口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し

(3) 禁煙治療が終了したことが確認できる文書（医療機関から発行された証明書）

様式第2号（第7条関係）

別表 助成対象経費及び助成金額

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
	保険総額	自己負担額 (A)	保険総額	自己負担額 (B)	
<治療終了証明に係る文書料>					
合計					
助成金額（助成対象経費の1/2 : 上限10,000円）※					

※助成金額に百円未満の端数が生じた場合は、百円未満を切り捨てた金額を請求する。

豊田市禁煙治療費助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

請求金額 円

【口座振込先】

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
預金種目/口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
フリガナ 口座名義人						