

様式第3号（第7条関係）

大東市禁煙外来治療費助成金交付申込書

年 月 日

（宛先）大東市長

（交付申込者）住 所

ふりがな

氏 名 印

生年月日

電話番号

大東市禁煙外来治療費助成金の交付について、大東市補助金等の交付等に関する条例及び大東市禁煙外来治療費助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

1. 交付申込額

医療機関			薬局		
1回目	年	月 日	1回目	年	月 日
2回目	年	月 日	2回目	年	月 日
3回目	年	月 日	3回目	年	月 日
4回目	年	月 日	4回目	年	月 日
5回目	年	月 日	5回目	年	月 日
交付申込額	計 金 _____ 円				

2. 添付書類

- (1) 受診した禁煙外来治療に係る医療機関等の領収書、診療明細書及び調剤明細書
- (2) 禁煙外来治療終了証明書（様式第4号）
- (3) 事後アンケート