

墨田区長あて

禁煙医療費補助事業登録申込書

下記のとおり墨田区禁煙医療費補助事業の登録に申し込みます。
また、申込みに当たり、下記の事項について同意します。

記

登録申込者

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 墨田区
電話番号	平日日中につながりやすい番号をご記入ください。
(フリガナ) メールアドレス *ある方のみ	判別が難しい文字には、上にフリガナをご記入ください。 (例:「-」ハイフンと「_」アンダーバー、「0」ゼロと「o」オー、「1」エルと「l」イチ など)

*メールアドレスは、「補助金交付後のアンケート」に使用します。

- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、墨田区が調査することに同意します。
- 墨田区禁煙医療費補助事業に関するアンケート調査に協力します。

【添付書類】 禁煙医療費補助事業登録申込時アンケート

【注意事項】

本補助金交付申請時には、禁煙治療に要した医療費、
薬剤費の「領収書」「明細書」等の写しが必要になります。

本補助金交付の対象となるのは下記の方です。

- 禁煙外来の場合：5回以上受診した方
 - 薬局で禁煙補助薬を購入した場合：禁煙に成功した方
- 本事業にて交付された補助金分は、医療費控除及び
セルフメディケーション税制の適用を受けることが
できません。

(区申請受付印)