

墨 田 区 長 あ て

禁煙医療費補助金交付申請書兼請求書

墨田区禁煙医療費補助事業による禁煙医療費補助金の交付を受けたいので、墨田区禁煙支援事業実施要綱第8条の規定により関係書類を添えて提出します。

申請者	氏名	⑧	生年月日	年 月 日
	住所	〒 -	電話番号	(平日日中につながりやすい番号)

記

墨田区禁煙支援事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。
補助金は下記の口座に振り込んでください。

請求金額.....円

墨田区禁煙支援事業実施要項第3条に規定する禁煙治療に係る経費の2分の1(1円未満の端数切捨て): 上限1万円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合						本店 支店 出張所
	金融機関番号					支店番号		
	口座種別	1 普通	フリガナ					
		2 当座 3 その他	口座名義					
口座番号 (右づめでご記入ください)								

【添付書類】

- 禁煙医療費補助事業補助金申請時アンケート
- 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
 - 禁煙外来で治療をした場合
医療機関、薬局それぞれの「領収書」「明細書」の写し
 - 薬局で禁煙補助薬を購入した場合
品名・金額・日付が明記された「レシート」や「領収書」等の写し
(禁煙治療に係る費用がわかるもの)
- 振込口座が確認できるもの(振込口座の通帳又はキャッシュカードの写し)
- 禁煙宣誓書(裏面: 薬局で禁煙補助薬を自費購入した場合のみ記入)

(申請受付印)

【注意事項】

本補助金交付の対象となるのは (1) 禁煙外来の場合: 5回以上受診した方
(2) 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。

(裏面)

(薬局で禁煙補助薬を自費購入し、禁煙した場合のみ記入)

墨田区長あて

禁煙宣誓書

私は、禁煙医療費補助金交付申請書兼請求書を提出する、

_____年 ____月 ____日現在、禁煙に成功し、喫煙を

していないことを宣誓します。

以上は、真実に相違ないことを誓います。

_____年 ____月 ____日

住所 _____

氏名(自署) _____