

申請者記入欄	田村市禁煙外来医療費助成申請書			年 月 日
	田村市長 様		住 所 田村市 町	番地
	(申請者) 氏 名		Ⓜ	
	生年月日		年 月 日	日生 (歳)
	電話番号			
	※ 下記書類を添付のうえ、申請いたします。 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 助成金振込先通帳の写し			

保険診療等証明欄(公的医療保険適用となる禁煙治療終了証明欄)

医療機関記入欄	診療日		保険診療点数	一部負担金(A)	一部負担金割合
	①	年 月 日	点	円	(割合を記入ください。) 割
	②	年 月 日	点	円	
	③	年 月 日	点	円	
	④	年 月 日	点	円	
	⑤	年 月 日	点	円	
合 計		点	円		
上記のとおり証明します。(公的医療保険適用となる禁煙治療が終了したことを証明します。) 年 月 日 医療機関 所在地 名称 Ⓜ 代表者氏名					

調剤薬局記入欄	診療日		保険診療点数	一部負担金(B)	一部負担金割合
	①	年 月 日	点	円	(割合を記入ください。) 割
	②	年 月 日	点	円	
	③	年 月 日	点	円	
	④	年 月 日	点	円	
	⑤	年 月 日	点	円	
合 計		点	円		
上記のとおり証明します。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名称 Ⓜ 代表者氏名					

市記入欄	一部負担金(A)	一部負担金(B)	助成決定額 (A)+(B)/2 (上限一万円百円未満切捨)
	円	円	円