

様式第1号（第6条関係）

禁煙外来治療費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）静岡市長

補助金の交付を受けたいので、静岡市禁煙外来治療費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	
	メールアドレス	
	加入している 医療保険	
申請額		円
受診する 医療機関	名 称	
	所在地	
住民基本台帳に記録された情報について、この事業の実施に関し必要な事項を静岡市が調査することに同意します。		

様式第5号（第11条関係）

禁煙外来治療費補助事業実績報告書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住 所

報告者

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号により、補助金の交付の決定を受けた事業が完了したので、静岡市禁煙外来治療費補助金交付要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

1 交付決定額 円

2 事業完了年月日 年 月 日

3 添付書類

- （1）受診した禁煙外来治療に係る医療機関の領収書、診療明細書及び調剤明細書の写し
- （2）治療完了後のアンケート調査票

様式第7号（第13条関係）

請求書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

請求者 氏名

電話番号

年 月 日付け 第 号により交付の確定を受けた補助金について、静岡市禁煙  
外来治療費補助金交付要綱第13条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求額 円

2 振込口座

金融機関名		銀行 信用金庫 農協	支店名		支店 支所
口座種別	普通・当座		口座番号		
口座名義（カナ）					