

第1号様式（第7条関係）

尾張旭市禁煙外来治療費助成事業事前届出書

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

〒488-

住 所

ふりがな

氏 名

生年月日 昭和 平成 年 月 日（ 歳）

電話（携帯・自宅）（ ） -

尾張旭市禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、尾張旭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届け出ます。

記

1 受診予定医療機関名

2 確認事項

- (1) これまでに本事業により助成金を受けたことがありますか。
【 はい ・ いいえ 】※「はい」の方は助成の対象になりません
- (2) 公的医療保険の適用要件を満たしていますか。
【 はい ・ いいえ 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。
- (3) ①禁煙外来治療により悪影響を受けると思われる薬剤（抗うつ剤・睡眠薬・精神安定剤など）の服用歴や疾病（うつ病など）等がありますか。
【 はい ・ いいえ 】※「はい」の方は②へ
②主治医に禁煙外来治療による許可は得ていますか。
【 はい ・ いいえ 】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。
- (4) 本届出後速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始していただけますか。
【 はい ・ いいえ 】
※本届出から6か月以内に禁煙外来治療を終え助成金の請求手続きを行ってください。期間を過ぎると助成金の請求はできません。
- (5) 禁煙外来治療を途中で取り止めた場合は、助成金の請求ができないことに同意いただけますか。
【 はい ・ いいえ 】
- (6) 禁煙外来治療中及び治療後に市保健師等が状況確認などの問い合わせをすることに同意いただけますか。
【 はい ・ いいえ 】
- (7) 今後、市外へ住所変更する予定はありますか。
【 はい ・ いいえ 】
※治療完了時に本市に住民登録がないと助成金の請求はできません。
- (8) ≪20歳未満の方のみお答え下さい。≫
家族に相談し、同意を得ていますか。
【 はい ・ いいえ 】

<input type="checkbox"/> 住基確認	事前申請No.()	<input type="checkbox"/> 受付押印	受付者()
-------------------------------	------------	-------------------------------	--------