

様式第1号（第6条関係）

川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付申請書

年 月 日

川 西 市 長 あて

川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成事業を活用して禁煙することを希望し、禁煙外来治療完了後にその医療費に係る自己負担額の助成を受けるために、川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

申請者	住所	川西市	電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	被保険者番号			
	メールアドレス（任意）			@
医療機関	医療機関名 ※治療を受ける予定（もしくは治療中）		所在地	川西市内・市外（ ）市・町
	治療開始日 （治療中の場合のみ記入）	年 月 日	医療機関 電話番号	

※提出前に医療機関へ連絡の上予約をお願いします。

確認事項（内容を確認の上、了承した場合は☑をしてください。）	
<input type="checkbox"/>	治療受診期間中に本市国民健康保険加入者でなくなった場合は助成の対象とならないことを了承します。
<input type="checkbox"/>	助成は同一年度内1回限りであることを了承します。
<input type="checkbox"/>	助成金の対象となるのは、保険適用となる禁煙外来治療で、概ね12週間にわたり原則計5回の外来治療を完了する必要があることを了承します。
<input type="checkbox"/>	治療終了後3か月以内に助成金の請求を行うことを了承します。
<input type="checkbox"/>	禁煙治療中及び治療後に川西市からの状況確認やアンケートなどに協力します。