

様式第1号(第5条関係)

板柳町禁煙外来治療費助成事業事前届出書

年 月 日

板柳町長 殿

申請者

住所

氏名

生年月日

電話番号

板柳町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、板柳町禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり届出します。

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) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、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

(3) 禁煙外来治療中及び治療後に状況確認等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