

第3号様式(第7条関係)

葛飾区禁煙外来治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

葛飾区長 宛て

(申請者) 住 所 葛飾区
氏 名
電 話
生年月日 年 月 日

葛飾区禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、葛飾区禁煙外来治療費助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類(*)を添えて提出します。

(*)禁煙外来に要した医療費の領収書(原本)及び診療明細書(写)、薬剤費の領収書(原本)及び薬剤明細書(写)、葛飾区禁煙外来治療費助成金申請時アンケート

なお、申請するに当たり、区内在住であることを確認するため、住民基本台帳を閲覧し、また、医療費の助成にあたり、受診状況を確認する必要がある場合に関係医療機関、調剤薬局等に診療明細等の診療情報について健康推進課長が照会することに同意します。

※同意いただけない場合は、助成を受けられません。

受診医療機関名				
調剤薬局名				
区分	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合計	
1回目(月 日)	円	円	ア 円	
2回目(月 日)	円	円		
3回目(月 日)	円	円		
4回目(月 日)	円	円		
5回目(月 日)	円	円		
助成金申請金額			他からの助成の有無	
アの金額が 10,000 円以上の場合は 10,000 円	アの金額が 10,000 円未満の場合は アの金額	有 ・ 無		
円				
禁煙外来における所定の治療過程を完了したので、上記金額を請求します。				
年 月 日				
葛飾区長宛て (請求者)住所 葛飾区 氏名				
振込先	金融機関	銀行 ・ 金庫 農協 ・ 組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
フリガナ				
口座名義				

禁煙に成功した方へ！

助成金申請時アンケートのお願い

葛飾区禁煙外来治療費助成金申請時アンケート

氏名 _____

以下の質問について、ご記入または当てはまるものに☑をしてください。

1 禁煙治療のつらかった時期を乗り越えられた理由について、最も大きな理由を1つ教えてください。

- 自分自身の強い意志 家族や友人の励まし 医師の励まし
その他（ _____ ）

2 この事業は禁煙するうえで役に立ちましたか。

- とても役に立った 少し役に立った どちらでもない
あまり役に立たなかった 全く役に立たなかった

3 これから禁煙チャレンジをしようとしている方へ、禁煙を成功させるためのアドバイスをお願いします。

(禁煙してから良くなったこと、周りに禁煙を宣言すること等)

発行：葛飾区健康部（保健所）健康推進課

アンケートへのご回答ありがとうございました。なお、回答いただいた内容(氏名を除く)は、今後の事業に資するために活用いたします。