

年 月 日

諏訪市禁煙チャレンジ補助金申出書

禁煙チャレンジ補助金の交付を受けたいので、次のとおり申し出ます。

住所	諏訪市
氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号	
治療を受ける医療機関名	
予定している治療期間	～
メールアドレス	

確認事項（内容をご確認いただき <input checked="" type="checkbox"/> してください
<input type="checkbox"/> これまで、本事業により補助金を受けたことがありません。
<input type="checkbox"/> 補助金の申請には健康保険が適用された5回の通院が必要であることを了承します。
<input type="checkbox"/> ご加入の公的医療保険には、本事業と同じ目的の禁煙外来医療費補助制度がありません。 ※本事業と同制度がある場合は、その補助を除いた金額が補助金対象です。
<input type="checkbox"/> 治療中の病気がある場合や新たに他で受診する場合、禁煙治療中であることを主治医へ伝えます。
<input type="checkbox"/> 禁煙治療中、および治療後に諏訪市からの状況確認などに協力します。
<input type="checkbox"/> 市税の滞納はありません。

受付 _____