

禁煙治療自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

次の事項に同意のうえ、禁煙治療自己負担費用の助成を申請します。

私(申請者)は、禁煙治療自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関や調剤薬局に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者禁煙治療費用助成事業実施要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。

※太線枠内を記入してください

○ 申請者

現住所	〒 -		
フリガナ		電話番号	
氏名			

○ 公害健康被害被認定者

公害医療手帳 記号番号	大阪 -		
フリガナ 氏名※		性別	男・女
住所※	〒 -	生年月日	大正・昭和・西暦
電話番号※			年 月 日

受診医療機関名		左記の 電話番号	
調剤薬局名		左記の 電話番号	
受診日	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	
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	
他の助成制度の有無	有 ・ 無		
有の場合:名称			
有の場合:助成を受けた金額	円(2)		
申請金額(上限2万円)	(1) - (2)		円

※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも結構です。

◎返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

添付書類

- 公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)
- 領収書の原本(禁煙治療費用以外の医療費を含む場合は写しでも可)
(領収書は、禁煙治療を受けた者の氏名及び禁煙治療費用と分かるもの)
- 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)
- 他の助成制度を受けた場合には、その金額が分かる資料

※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。

※自己負担費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。

※本事業により費用の助成を受けた方は、家庭療養指導等により定期的に禁煙状況の確認及び必要に応じて指導を行います。

※本申請書に記載された内容については、禁煙治療自己負担費用助成以外の目的には使用しません。