

様式第1号

千葉県禁煙外来治療費助成事業登録申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 住 所

ふりがな  
氏 名

次のとおり、千葉県禁煙外来治療費助成事業の登録について申請します。

(登録の有効期間：登録申請日から起算して1年後の月末まで)

また、この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、千葉市が調査することに同意します。

登録者	住所	〒□□□□-□□□□ 千葉市		日中連絡のとれる電話番号※	( )
				ある方のみメールアドレス※	
	ふりがな 氏 名	性別		生年月日	年 月 日 歳
		男・女			

※電話番号、メールアドレスは、禁煙サポート実施のための連絡や情報提供に使用することがあります

(以下5点について、該当する項目に✓を入れてください) ※全て該当しない方は助成金の交付対象外となります。

- 千葉市に住民登録があります
- 生活保護を受給していません(但し、生活保護受給中でも健康保険加入者は対象となります)
- 禁煙外来治療を開始していない、または2回目の受診が終了していません。
- 千葉市の当該事業における助成金の交付を受けたことがありません。
- 申請に係る禁煙外来治療について、他の助成金の交付を受けたことがありません。

【注意】

1 助成の対象となるのは以下の費用です。

- ・ニコチン依存症管理料が算定されている若しくは禁煙補助薬が処方されている、又は医師が禁煙外来治療と認めた回の禁煙外来治療費に係る自己負担額
- ・禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入し、使用した一般用医薬品である禁煙補助薬(貼付剤のみ)の購入費

(禁煙外来治療における医師の指導なく購入し、使用した一般用医薬品である禁煙補助薬の費用は対象外です)

2 登録された方には原則禁煙サポート(保健師や看護師による面接、電話等による支援)を行います。

【添付書類】 千葉県禁煙外来治療費助成事業登録申請時アンケート