

様式第 1 号（第 4 条関係）

行田市禁煙チャレンジ応援プラン登録申請書

年 月 日

行田市長

申請者 住 所 行田市
氏 名

行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金の交付を受けたいので、行田市禁煙チャレンジ応援プラン助成金交付要綱第 4 条の規定により登録の申請をします。

なお、市税等の納付状況に関し確認することに同意します。

受 診 者	住 所	行田市
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号	
受診予定医療機関		
申 請 に 伴 う 確 認 事 項	(1) これまでに禁煙外来を受診したことがありますか。 ＜ はい ・ いいえ ＞ ※「はい」の方は助成の対象となりません。 (2) 行田市禁煙チャレンジ応援プランに登録が決定した場合、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始しますか。 ＜ はい ・ いいえ ＞ (3) 現在又はこれまでに、抗うつ剤や睡眠薬等の精神安定剤を服用したことがありますか。 ＜ はい ・ いいえ ＞ ※「はい」の方は、禁煙外来治療による心身への影響を医師に確認してください。	

市確認事項記入欄

市税等滞納の有無			
☐ 有 ☐ 無			
確認日		確認者	
健康課確認職員			