

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	<p>(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。</p> <p>(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 ></p> <p>(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。</p>	

市確認事項記入欄

市税等 滞納の有無			
<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
確認日		確認者	
健康づくり課確認職員			