



課長		課長補佐		係長		係	
----	--	------	--	----	--	---	--

6ヶ月  
 12ヶ月

### 禁煙外来助成金支給申請書

		決定額	※		円
組合員証 記号番号	—	所属機関名			
組合員氏名	(フリガナ)	生年月日	S ・ H	性別	男 女
禁煙外来 受診開始	令和 年 月 日	医療機関名			
禁煙外来 受診終了	令和 年 月 日	支援者氏名			
受診終了後 6ヶ月経過	令和 年 月 日	組合員との 関係			
受診終了後 12ヶ月経過	令和 年 月 日	禁煙外来で支 払った金額		円	

上記のとおり請求します。

高知縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所  
請求者 氏名

上記の掲載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職名  
所属所長 氏名

- この請求書は禁煙治療が終了した後、禁煙が6ヶ月または12ヶ月継続されたときに提出してください。
- はじめて禁煙治療に要した費用を請求するときは費用が確認できる領収書を添付してください。
- この請求書に「禁煙証明書」を添付してください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 請求者及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。