

別記第1号様式（第5条関係）

江東区禁煙外来治療費助成金交付登録申請書

年 月 日

江東区長 あて

申請者	住 所	江東区				
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	電話番号					

江東区禁煙外来治療費助成金交付要綱による禁煙外来治療の受診に要する費用の助成を受けるため、江東区禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により登録を申請します。

また、申請に当たり住所等の確認のために私の住民登録資料を閲覧することについて同意し、江東区禁煙外来治療費助成金交付事業に関するアンケート調査に協力します。

【注意事項】

- ※ 登録申請時に既に禁煙外来治療を受診している又は受診し終えた方は、助成の対象になりません（登録日以降に禁煙外来の治療を開始して下さい）。
- ※ 本助成金は登録期間（6月）内に助成金の交付申請が必要です。
- ※ 本助成金の交付申請時には、禁煙外来治療に要した医療費及び薬剤費の領収書及び明細書が必要です。
- ※ 本事業による助成を受けるには、保険適用で禁煙外来治療を受診する必要があります。保険適用となる要件は次のとおりです。
 - 1 ニコチン依存症スクリーニングテストが5点以上
 - 2 1日の平均本数×喫煙年数（ブリンクマン指数）が200以上（35歳以上の方にのみ適用）
 - 3 直ちに禁煙を始めたいと思っている。
 - 4 医療機関の禁煙外来治療を受診する文書に同意している。