

第 1 号様式（第 5 条関係）

中野区禁煙外来治療費助成事業登録申請書

年 月 日

中野区長 あて

|     |      |     |   |   |    |   |
|-----|------|-----|---|---|----|---|
| 申請者 | 住 所  | 中野区 |   |   |    |   |
|     | 氏 名  |     |   |   |    |   |
|     | 生年月日 | 年   | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
|     | 電話番号 |     |   |   |    |   |

中野区禁煙外来治療費助成事業による禁煙外来治療を受けるため、中野区禁煙外来治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により登録を申請します。

なお、申請にあたり、住所等の確認のために私の住民登録を閲覧することについて、同意します。また、中野区禁煙治療費助成事業に関するアンケート調査に協力します。

【添付書類】

中野区禁煙外来治療費助成事業登録申請時確認書（別紙）

【注意事項】

※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・薬剤費等の領収書が必要です。

※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ける必要があります。

保険適用となる要件は以下の通りです。

- ①ニコチン依存症スクリーニングテストが 5 点以上
- ②1 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ただちに禁煙を始めたいと思っている。
- ④禁煙治療を受けることに文書で同意している。