

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

美幌町長 様

医療機関
住 所

名 称

代表者名

印

美幌町子育て世帯禁煙サポート事業受診証明書兼完了証明書

次の者は、第2条第3号に定める禁煙治療を実施し、かつ禁煙に成功したことを証明します。

受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	
禁煙治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療方法	1. 内服薬 2. 貼付薬	
年 月 日	医療機関へ支払った経費	
	領収書金額	うち禁煙治療費
禁煙治療費合計	円	(A) 円