

美幌町子育て世帯禁煙サポート事業届け出書

令和 年 月 日

禁煙予定者 _____

住 所 美幌町字 _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 月 日 () 歳

電話番号 () _____

確認事項	回答欄	
1. 美幌町子育て世帯禁煙サポート事業の助成を受けたことがありますか。	ある	ない
2. 高校生以下のお子さん(お孫さん)、または妊娠中の方と住民票を同じくしていますか。	はい	いいえ
お名前 _____ 年 月 日 (生まれ・出産予定)		
3. 喫煙本数と喫煙期間について 【1日の本数】 _____ 本 × 【年数】 _____ 年 = <input type="text" value="(A)"/> (A)	Aが200以上	Aが200未満
4. 今すぐ禁煙を始める意志がありますか。 (1) 受診予定医療機関・・・こばやし内科クリニック ・ 田中医院 ・ 玉川医院・療育病院・国保病院 町外 () (2) 調剤薬局(予定)*町内のみ・・・ () 禁煙治療中、または禁煙終了後に、医療機関受診状況を確認させていただく場合があります。	ある	ない
5. 町税の滞納はありますか	ある	ない

*町税～町民税、固定資産・都市計画税、軽自動車税、国民健康保険税
裏面のアンケートにもお答えください

