

様式第2号（第7条関係）

美幌町子育て世帯禁煙サポート事業報告書

申請者の氏名	
養育する子どもの氏名・生年月日	年 月 日生
妊婦の氏名・出産予定日	年 月 日予定
禁煙治療を実施した医療機関	
禁煙治療に係る治療薬を購入した調剤薬局	
禁煙治療にかかった経費	合計 円 (A)+(B)+文書料

【内 訳】

- (1) 医療機関へ支払った経費のうち禁煙治療費 \_\_\_\_\_ 円 (A)  
 ※様式第1号から転記
- (2) 調剤薬局へ支払った経費のうち禁煙治療費 \_\_\_\_\_ 円 (B)

※領収書、明細書を添付してください。

年月日	領収書金額	うち禁煙治療費
小 計	円	円(B)

- (3) 文書料 \_\_\_\_\_ 円