

春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 市は、市民の禁煙に向けた取組を支援することで、生活習慣病及びがん予防対策を推進し、市民の健康の維持及び増進を図るため、予算の範囲内で、公的医療保険が適用される禁煙外来治療（以下「禁煙治療」という。）を受けける者に対し助成金を交付することとし、その交付については春日井市補助金等に関する規則（昭和54年春日井市規則第4号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 禁煙治療を開始する前に第4条第1項に規定する届出を行い、確認事項に同意した者であること。
- (2) 第4条第1項に規定する届出を行った日から禁煙治療を完了した日までの間に継続して市内に住所を有する者であること。
- (3) 市から禁煙治療に係る助成金の交付を受けたことがないこと。
- (4) 禁煙治療における所定の治療過程を、第4条第1項に規定する届出を行った日から起算して6月以内に完了した者であること。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、禁煙治療に要する費用（薬剤費を含む。）のうち対象者が負担した額の2分の1に相当する額（100円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、10,000円を上限とする。

(事前の届出)

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、禁煙治療を開始する前に春日井市禁煙外来治療費助成事業事前届出書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

2 申請者は、薬剤の服用歴、疾病等が禁煙治療に影響を与える可能性がある場合は、医師に対し禁煙治療が心身に悪影響を及ぼさないことを確認した後に前項の届出を行うものとする。

(交付の申請)

第5条 禁煙治療における所定の治療過程を完了した申請者は、春日井市禁煙外来治療費助成金交付申請書（第2号様式）に、禁煙治療に要した費用が確認できる領収書及び明細書を添えて市長に提出しなければならない。

(交付の決定)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに審査を行い、助成金の交付の可否及び交付額を決定するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することを決定したときは春日井市禁煙外来治療費助成金交付決定通知書（第3号様式）により、交付しないことを決定したときは春日井市禁煙外来治療費助成金交付却下通知書（第4号様式）により、申請者に審査結果を通知するものとする。

(申請の取下げのできる期日)

第7条 規則第5条第1項の規定により申請の取下げをできる期日は、交付決定通知を受けた日から10日を経過する日とする。

(交付の請求)

第8条 第6条の規定により交付の決定を受けた申請者は、春日井市禁煙外来治療費助成金交付請求書（第5号様式）を速やかに市長に提出しなければならない。

2 助成金の請求期間は、第4条に規定する届出を行った日から起算して6月以内とする。

(助成金の交付)

第9条 市長は、前条の請求書の提出を受けたときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(雑則)

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日以前に第6条の規定による交付の決定を受けた者については、この要綱の規定に基づき、助成金の交付を受けることができる。
- 3 令和2年12月1日から令和3年8月31日までに第4条第1項に規定する届出を行った者であって内服薬の出荷停止に伴う禁煙治療の中断により6月以内に所定の治療過程を完了できないものについては、当分の間、第2条第4号及び第8条第2項の規定を適用しない。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は施行の際、改正前の春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱の規定に基づいて調製されている用紙類で現に使用されているものは、改正後の春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

附 則

この要綱は、令和3年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年12月7日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住 所
 （フリガナ）
 氏 名
 生年月日
 電話番号

春日井市禁煙外来治療費助成事業事前届出書

春日井市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、春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

- 1 受診予定医療機関名 _____
- 2 確認事項

次の確認事項の全て（(3)については①又は②のいずれか、(8)は20歳未満の方のみ。）について同意された方が助成対象となります。

確認事項	同意する 場合は <input checked="" type="checkbox"/>
(1) これまでに禁煙外来治療について市の助成を受けたことはありません。	
(2) 公的医療保険の適用要件を満たしています。	
(3)① 禁煙外来治療に影響を与える可能性がある薬剤（抗うつ剤、睡眠薬等）の服用歴や疾病（うつ病等）等がありません。	
《(3)①に同意しない方》	
(3)② 主治医に禁煙外来治療の許可を得ています。	
(4) 本届出を提出後、速やかに禁煙外来を受診し、治療を開始します。※本届出から6か月以内に禁煙外来治療を完了し、助成金の請求手続きを行ってください。	
(5) 禁煙外来治療を途中で取りやめた場合は、助成金の請求ができません。	
(6) 禁煙外来治療中及び治療後に市保健師等が状況確認等の問合せをします。	
(7) 6か月以内に市外へ住所変更する予定はありません。	
《20歳未満の方》	
(8) 保護者の同意を得ています。	

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住 所
 （フリガナ）
 氏 名
 生年月日
 電話番号

春日井市禁煙外来治療費助成金交付申請書

春日井市禁煙外来治療費助成金の交付を受けたいので、春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

受診医療機関名	所在地：		
	名 称：		
調剤薬局名	所在地：		
	名 称：		
受診日	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合計（助成対象経費）
1回目（ 月 日）	円	円	円
2回目（ 月 日）	円	円	
3回目（ 月 日）	円	円	
4回目（ 月 日）	円	円	
5回目（ 月 日）	円	円	
助成申請額（助成対象経費の1／2） ※100円未満切り捨て、上限10,000円			円

2 添付書類

禁煙外来治療に要した費用が確認できる領収書及び明細書

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市禁煙外来治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付の春日井市禁煙外来治療費助成金交付申請について、
次のとおり交付することに決定しましたので通知します。

助成金交付決定額 金 _____ 円

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市禁煙外来治療費助成金交付却下通知書

年 月 日付の春日井市禁煙外来治療費助成金交付申請について、
次の理由により却下しましたので通知します。

申請却下の理由

（宛先）春日井市長

申請者 住 所
（フリガナ）
氏 名
生年月日
電話番号

春日井市禁煙外来治療費助成金交付請求書

春日井市禁煙外来治療費助成金交付要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	円
------	---

2 振込先（次の口座に振込みを依頼します。）

金融機関名		支店名	
フリガナ			
口座名義人			
預貯金種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	

※申請者本人名義の口座を記入してください。