様式第４号

記入例

補助事業実績報告書

(宮崎市禁煙外来治療費補助金)

宮崎市長　殿

令和　7　年　10　月　1　日

宮崎市禁煙外来治療費補助金に係る禁煙治療が完了したので、宮崎市補助金等交付規則第11条の規定により関係書類を添えて実績報告書を提出します。
申請に伴い、宮崎市が住所等の確認のために私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者	住所	〒　８８０　－　０８７９ 宮崎市　宮崎駅東１丁目６番地２
	フリガナ	ミヤザキ　タロウ
	氏名	宮崎　太郎
	生年月日	T・(S)・H　ＸＸ　年　ＸＸ　月　ＸＸ　日
	電話番号	ＸＸＸ　－　ＸＸＸＸ　－　ＸＸＸＸ
禁煙治療を行った医療機関名		ＸＸＸＸ病院

受診日	医療費の自己負担額	医療用医薬品の自己負担額
１回目　令和 7 年 7 月 1 日	1,500 円	4,000 円
２回目　令和 7 年 7 月 15 日	1,500 円	4,000 円
３回目　令和 7 年 7 月 29 日	1,500 円	2,000 円
４回目　令和 7 年 8 月 26 日	1,500 円	2,000 円
５回目　令和 7 年 9 月 24 日	1,000 円	500 円
自己負担額　合計	A　19,500	円

	自己負担額		控除額		基準額	
補助対象額	A　（ 19,500 ）円	－	1,000円	＝	（ 18,500 ）	円
	補助金額　10,000	円	※上限10,000円と基準額を比較して低い方			

添付書類
□補助対象経費の支払いを証する書類の写し
（受診した禁煙外来治療にかかる医療機関の領収書、診療明細書及び調剤明細書の写し等）
□補助金交付請求書（様式第５号）

【注意事項】
1　自己負担額は、禁煙治療に要した金額とし、それ以外の治療に要した金額は含みません。
2　領収書には、保険医療機関及び保険薬局の名称、領収日が明記してあることが必要です。

医療機関と調剤薬局から出される
領収書や明細書を見ながら
正しく記載してください。

宮崎市使用欄	本人確認	
	1　運転免許証 2　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ 3　パスポート 4　その他 （　　）	