

様式第2号（第6条関係）

## 川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付申請内容変更・中止届

年 月 日

川 西 市 長 あて

※該当する方に☑を入れてください。

**【内容変更】**

年 月 日付で提出した禁煙外来治療費助成金交付申請書の内容に変更がありましたので、次のとおり川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により届出します。

**【中止・取下げ】**

年 月 日付で禁煙外来治療費助成金交付申請書を提出しましたが、諸般の事情により治療を中止し申請を取り下げたいので、川西市国民健康保険禁煙外来治療費助成金交付要綱第6条の規定により届出します。

（内容変更の場合は変更後のものを記入してください）

届出者	住所	川西市	電話番号		
	氏名		生年月日	年 月 日	
	被保険者番号				
医療機関	治療を受ける医療機関名	<small>（中止の場合は記入不要、変更の場合は変更後の医療機関名）</small>		所在地	川西市内・市外（ ）市、町