

千葉県禁煙外来治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、喫煙者に対し、禁煙外来治療費の自己負担額の一部を助成する「千葉県禁煙外来治療費助成事業」の実施に際し、必要な事項を定め、禁煙に取り組む市民を支援し、市民の健康保持増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「禁煙外来治療」とは、保険適用となることを条件とし、概ね12週間にわたり原則計5回（初回診察に加えて、初回診察から2週間後、4週間後、8週間後、12週間後の計4回の再診で構成されている。）の外来治療を行うものをいう。

2 この要綱において「禁煙外来治療費」とは、禁煙外来治療につきニコチン依存症管理料が算定されている若しくは禁煙補助薬が処方されている、又は医師が禁煙外来治療と認めた回の治療に係る費用をいう。

(対象者)

第3条 対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 千葉市に住民登録がある者
- (2) 禁煙外来治療を完了し、又は医師の判断により途中で治療を終了した場合において、当該治療に係る自己負担額を支払った者
- (3) 申請に係る禁煙外来治療について、他の助成金の交付を受けていない者

(助成金の交付の制限)

第4条 助成金の交付回数は、同一の助成対象者について、1回までとする。

(対象経費)

第5条 助成の対象となる経費は、禁煙外来治療費のうち自己負担額とする。

(助成金の額)

第6条 助成金の額は、対象経費の全額とする。ただし、1万円を上限とする。

(登録申請)

第7条 助成金の交付を受けようとする者は、助成対象に係る禁煙外来治療の開始前又は開始後初回診察から起算して2回目の再診前までに、千葉県禁煙外来治療費助成事業登録申請書（様式第1号。以下「登録申請書」という。）を市長に提出又は電子申請により登録の申込みを行わなければならない。

2 第8条第3項に規定する登録の有効期間が過ぎた場合において、第3条に該当する対象者は、再度の登録申請をすることができる。

3 登録申請者は、登録申請書の内容に変更又は中止があるときは、千葉県禁煙外来治療費助

成事業登録内容変更・中止届（様式第2号）を市長に提出するものとする。

（登録申請書の取扱い）

第8条 市長は、前条第1項の規定により登録申請書が提出されたときは、所要の審査を行い、その結果を千葉県禁煙外来治療費助成事業登録審査結果通知書（様式第3号）により登録申請者に通知するものとする。

2 市長は、前条第3項の規定により千葉県禁煙外来治療費助成事業登録内容変更・中止届が提出された場合は、所要の審査を行い、必要と認められるときは、登録内容の変更等を行うものとする。

3 登録の有効期間は、登録申請日から起算して1年後の月末までとする。

（助成金交付申請）

第9条 前条の規定により承認決定通知書を受けた者は、禁煙外来治療を完了、又は医師の判断により途中で治療を終了した後に、助成金の交付申請をするものとする。

2 前項の申請をしようとする者（以下「申請者」という。）は、次の各号に掲げる書類を市長に提出するものとする。

（1）千葉県禁煙外来治療費助成事業助成金交付申請書（様式第4号）

（2）禁煙外来治療費であることが確認できる領収書

（3）診療報酬明細書及び調剤報酬明細書

3 第1項の申請は、原則として登録の有効期間内に行うものとする。

（助成金交付申請書類の取扱い）

第10条 市長は、前条の規定により助成金交付申請書類が提出されたときは、本市において所要の審査を行い、その結果を次の各号に従い申請者に通知するものとする。

（1）助成金交付可能と判断される場合においては、千葉県禁煙外来治療費助成事業交付決定通知書（様式第5号）により通知する。

（2）助成金交付不可能と判断される場合においては、千葉県禁煙外来治療費助成事業不交付決定通知書（様式第6号）により通知する。

（委任）

第11条 この要綱の施行について必要な事項は、市長が定めるものとする。

（交付決定の取消し）

第12条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付決定を取消することができる。この場合において、既に助成金を交付しているときは、その全部又は一部を返還させることができる。

（1）偽りその他不正の手段により助成金の交付決定を受けたとき。

（2）この要綱の規定に違反したとき。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付決定を取消したときは、千葉県禁煙外来治療費助

成事業決定取消通知書（様式第7号）により通知する。

附 則

この要綱は、平成30年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

（登録に関する経過措置）

2 この要綱の施行の際現に改正前の要綱第8条第1項第1号の規定による登録の通知を受けた者であって、第9条の規定による助成金交付申請又は第7条第3項に規定する登録内容変更・中止の届出がない者については、施行日に改正後の要綱第8条第1項の規定による登録の通知を受けたものとみなす。

附 則

この要綱は、令和3年2月1日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

（対象経費）

2 第5条の規定にかかわらず、当面の間、禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入し、使用した一般用医薬品である禁煙補助薬（貼付剤のみ）の費用も対象とする。

（助成金交付申請）

3 前項の場合において、第8条の規定により承認決定通知書を受けた者は、第9条第2項第1号の千葉市禁煙外来治療費助成事業助成金交付申請書（様式第4号）に、申請する一般用医薬品が禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入し、使用したものである旨を申告するものとし、かつ、禁煙外来の初回診察日以降の購入日、薬品名、金額が記載されている領収書等を提出するものとする。

（交付申請に関する経過措置）

4 この要綱による改正後の第3条並びに第6条及び附則第2項の規定は、この要綱の施行の日以降の登録について適用し、同日前の登録については、なお従前の例による。

附 則

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

様式第1号

千葉県禁煙外来治療費助成事業登録申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 住 所

ふりがな
氏 名

次のとおり、千葉県禁煙外来治療費助成事業の登録について申請します。

(登録の有効期間：登録申請日から起算して1年後の月末まで)

また、この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記録された情報について、千葉市が調査することに同意します。

登録者	住 所	〒□□□□-□□□□□□ 千葉県	日中連絡の とれる 電話番号※	()
			ある方のみ メールアドレス※	
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日

※電話番号、メールアドレスは、禁煙サポート実施のための連絡や情報提供に使用することがあります

【注意】

1 以下の方は、当該事業における助成金の交付対象外となります。

- ・申請に係る禁煙外来治療について、他の助成金の交付を受けている方
- ・千葉市の当該事業における助成金の交付を受けたことがある方

2 助成の対象となるのは以下の費用です。

- ・ニコチン依存症管理料が算定されている若しくは禁煙補助薬が処方されている、又は医師が禁煙外来治療と認めた回の禁煙外来治療費に係る自己負担額
- ・禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入し、使用した一般用医薬品である禁煙補助薬（貼付剤のみ）の購入費

(禁煙外来治療における医師の指導なく購入し、使用した一般用医薬品である禁煙補助薬の費用は対象外です)

3 登録された方には原則禁煙サポート（保健師や看護師による面接、電話等による支援）を行います。

【添付書類】 千葉県禁煙外来治療費助成事業登録申請時アンケート

様式第2号

千葉県禁煙外来治療費助成事業登録内容変更・中止届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

届出者 住 所

ふりがな
氏 名

千葉県禁煙外来治療費助成事業の登録内容について、次のとおり届出ます。

1 届出内容 (該当するものに✓を付けてください。)

登録内容の変更

登録の中止

その他 ()

2 事由発生日

年 月 日

3 登録内容及び変更後の内容

	現在登録されている内容 (すべてご記入ください)	変更事項 に☑※	変更後の内容※
住 所	千葉市	<input type="checkbox"/>	
ふりがな 氏 名		<input type="checkbox"/>	
電話番号	()	<input type="checkbox"/>	()
生年月日	年 月 日		
その他		<input type="checkbox"/>	

※変更のあった事項にチェックし、変更後の情報を記入してください。

様式第3号

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市禁煙外来治療費助成事業登録審査結果通知書

年 月 日付けで申請のあった千葉市禁煙外来治療費助成事業について、
審査の結果、次のとおり決定しましたので通知します。

1 申請のあった登録者

2 審査結果 千葉市禁煙外来治療費助成事業の登録を
決定する ・ 却下する

3 登録有効期間 登録申請日から 年 月末まで

4 却下理由

(お問い合わせ先) ○○保健福祉センター健康課
TEL ○○○-○○○○

様式第4号

千葉県禁煙外来治療費助成事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 住 所

ふりがな
氏 名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください
ただし、押印又は署名以外の方法により本人からの
申請であることを確認できる場合は記名のみで可

禁煙外来治療が終了したので、千葉県禁煙外来治療費助成事業による助成金の交付について、
次のとおり申請します。

また、千葉県が医療機関等に対し、下記の登録者の助成に関する情報の照会並びに提供を
求めることに、同意します。

登録者	住所	千葉県	日中連絡 のとれる 電話番号	()
	氏名		生年月日	年 月 日

(以下3点について、該当する項目に✓を入れてください)

- 申請に係る禁煙外来治療について、他の助成金の交付を受けていません
- 千葉市の当該事業における助成金の交付を受けたことはありません
- 一般用医薬品(禁煙補助薬)は禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入・使用したものです

申請額 **円**

保険適用となった領収金額(自己負担合計額)及び禁煙外来治療における医師の指導に基づき
購入し、使用した禁煙補助薬(一般用医薬品)の費用の全額: 上限10,000円

振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合 (金融機関コード:)					
		本店・支店・出張 (支店番号:)					
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	()			
	口座番号						

◎添付書類

- ・禁煙外来治療費であることが確認できる領収書(医療機関及び薬局)
- ・診療報酬明細書及び調剤報酬明細書
- ・一般用医薬品である禁煙補助薬(貼付剤のみ)を禁煙外来治療における医師の指導に基づき購入し、使用した場合はそのレシートまたは領収書(購入日、薬品名、金額が記載されているもの)

◎その他

- ・申請の際、振込先がわかるもの(通帳等)をお持ちください。
- ・禁煙外来治療における医師の指導に基づかず購入・使用した禁煙補助薬(一般用医薬品)の助成を受けたこと等が判明した場合、助成金を返還していただきます。

様式第5号

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市禁煙外来治療費助成事業交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった禁煙外来治療費の助成について、次のとおり助成することとしましたので通知します。

1 登録者

2 助成することとした金額の合計 金 _____ 円

※ 上記金額は、交付申請において指定された口座に振り込まれます。

3 一部不交付とした理由

--

(お問い合わせ先) 千葉市保健福祉局健康福祉部健康推進課
TEL 245-5794

様式第6号

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市禁煙外来治療費助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった禁煙外来治療費の助成について、不交付決定したので通知します。

1 登録者

2 不交付とした理由

--

(お問い合わせ先) 千葉市保健福祉局健康福祉部健康推進課
TEL 245-5794

様式第7号

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市禁煙外来治療費助成事業決定取消通知書

年 月 日付けで決定した禁煙外来治療費の助成について、千葉市禁煙外来治療費助成事業実施要綱第12条に基づき、助成金の交付決定の取消しが決定したので通知します。

1 登録者

2 取消しとした理由

--

(お問い合わせ先) 千葉市保健福祉局健康福祉部健康推進課
TEL 245-5794