

令和7年度

# 禁煙治療費を助成します

**対 象：**区内在住で、禁煙を希望する方  
(現在治療中の方を除く、年度内一人1回)



**助成内容：**禁煙治療にかかる自己負担額(上限1万円)

※ただし、妊婦や18歳未満の者を含む世帯の場合は上限2万円  
(妊婦を含む世帯の場合は、登録申請の際に、母子健康手帳  
または母子健康手帳の表紙の写しをご提示ください。)

**募集定員：**150名(申込順)

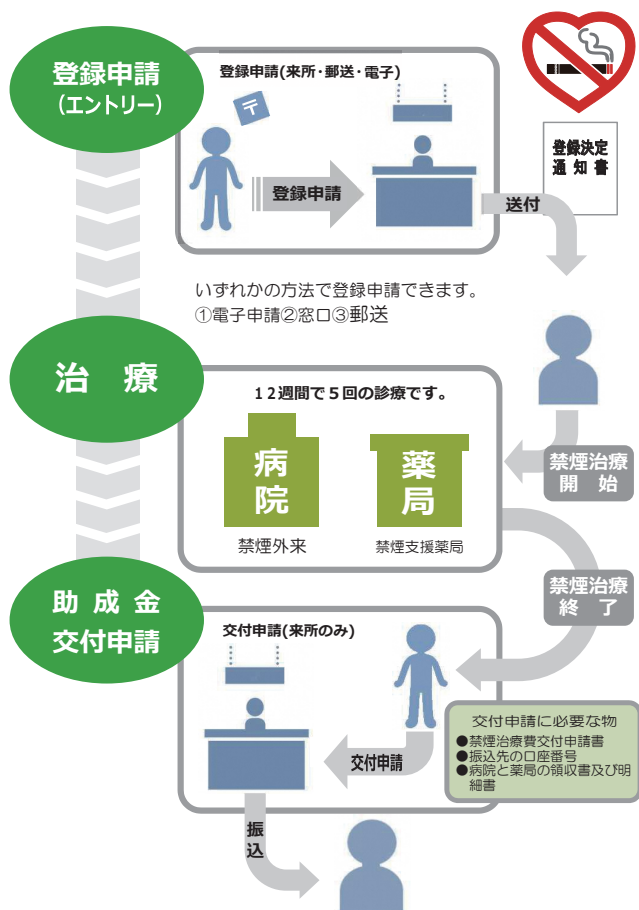
**受付期間：**令和7年4月1日～令和8年3月31日

いずれかの方法で登録申請できます。

- ① 電子申請(下記QRコード)
- ② 窓口(健康政策係または各健康支援センター)
- ③ 郵送(健康政策係)

**登録申請後、「禁煙治療費登録審査結果通知書」が届いてから  
治療を開始してください。(すでに治療している方は対象になりません。)**

## 禁煙治療費助成制度の流れ



City of Kita

## 北区 健康部

### 健康政策係

【北区王子本町 1-15-22 北区役所第一庁舎 1 階】

電話 03-3908-9016

北区公式 HP 禁煙登録申請はこちら



下記センターでは禁煙について相談も行っています。

### 王子健康支援センター

【北区東十条 2-7-3 北区保健所 1 階】

電話 03-3919-7588

### 赤羽健康支援センター

【北区赤羽南 1-13-1 赤羽会館 6 階】

電話 03-3903-6481

### 滝野川健康支援センター

【北区西ヶ原 1-19-12】

電話 03-3915-0184

年 月 日

東 京 都 北 区 長 殿

禁煙治療費助成登録申請書

〒

申請者

住 所

ふり がな

氏 名

登録申請者との関係

電話番号

下記のとおり禁煙治療費助成の登録を申請します。

記

登録申請者について

氏 名	(ふりがな)	
	男・女	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住 所	北区 丁目 番 号	
	電話 ( )	
予定の 医療機関 薬局		
世帯員の 状況	<input type="checkbox"/> 妊婦を含む ・ <input type="checkbox"/> 18歳未満の者を含む	
	該当者氏名	
	該当者生年月日	年 月 日 ( 歳)