

補助事業完了報告書

盛岡市長 様

年 月 日

(申請者)

住所

氏名

(代理申請の場合)

対象者との関係

電話番号

盛岡市禁煙治療費補助金に係る事業が完了したので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第14条の規定により、関係書類を添えて実績を報告します。

報告に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録を閲覧し、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること並びに重複して他の助成を受けないことについて同意します。

記

対象者（禁煙治療を行い補助金の交付を受けようとする者）

氏名	(ふりがな)	
	男・女	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳) 平成	
住所	(<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 〒 -	
電話番号	連絡可能な時間帯：	
禁煙治療を行った医療機関名		
受診日	医療費の自己負担額	医療用医薬品（処方薬）の自己負担額
1回目(年 月 日)	円	円
2回目(年 月 日)	円	円
3回目(年 月 日)	円	円
4回目(年 月 日)	円	円
5回目(年 月 日)	円	円
自己負担額 小計	① 円	② 円
自己負担額 合計	③ (①+②) 円	

補助所要額	自己負担額合計	補助率	基準額 (1,000円未満切捨)
	(③) 円	× 1/2	= (④) 円
所要額 円 (上限10,000円と④基準額を比較して低い方)			

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり完了報告することに同意します。 年 月 日

対象者の氏名

(本人が申請する場合)

補助事業完了報告書

盛岡市長 様

令和8 年 7 月 15 日

(申請者)

〒 020 - 0884
住所 盛岡市神明町3-29

氏名 盛岡 太郎

(代理申請の場合)

対象者との関係

電話番号

盛岡市禁煙治療費補助金に係る事業が完了したので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第14条の規定により、関係書類を添えて実績を報告します。

報告に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録を閲覧し、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること並びに重複して他の助成を受けないことについて同意します。

記

対象者（禁煙治療を行い補助金の交付を受けようとする者）

氏名	(ふりがな) もりおか たろう	
	盛岡 太郎 男・女	
生年月日	昭和 xx 年 xx 月 xx 日 (xx 歳) <small>平成</small>	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください 〒 -	
電話番号	xxx - xxxx - xxxx 連絡可能な時間帯： 平日12:00~13:00	
禁煙治療を行った医療機関名	〇〇〇病院 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記載してください	
受診日	医療費の自己負担額	医療用医薬品（処方薬）の自己負担額
1回目(令和8年4月10日)	2,000 円	5,000 円
2回目(令和8年4月25日)	2,000 円	5,000 円
3回目(令和8年5月10日)	1,500 円	3,000 円
4回目(令和8年6月10日)	1,500 円	3,000 円
5回目(令和8年7月10日)	1,500 円	0 円
自己負担額 小計	① 8,500 円	② 16,000 円
自己負担額 合計	③ (①+②)	24,500 円

補助所要額	自己負担額合計 補助率 基準額 (1,000円未満切捨)
	(③ 24,500) 円 × 1/2 = (④ 12,000) 円
所要額 10,000 円 (上限10,000円と④基準額を比較して低い方)	

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり完了報告することに同意します。 年 月 日

対象者の氏名

記載例
(代理申請する場合)

禁煙外来利用者用

補助事業完了報告書

盛岡市長 様

令和8 年 7 月 15 日

(申請者)

住所	〒 020 - 0884 盛岡市神明町3-29
氏名	盛岡 花子

(代理申請の場合)

対象者との関係	配偶者
電話番号	XXX - XXXX - XXXX

盛岡市禁煙治療費補助金に係る事業が完了したので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第14条の規定により、関係書類を添えて実績を報告します。

報告に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録を閲覧し、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること並びに重複して他の助成を受けないことについて同意します。

記

対象者（禁煙治療を行い補助金の交付を受けようとする者）

氏名	(ふりがな) もりおか たろう	
	盛岡 太郎 男 ・女	
生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳)	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください 〒 -	
電話番号	XXX - XXXX - XXXX 連絡可能な時間帯： 平日12:00~13:00	
禁煙治療を行った医療機関名	〇〇〇病院 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記載してください	
受診日	医療費の自己負担額	医療用医薬品（処方薬）の自己負担額
1回目(令和8年4月10日)	2,000 円	5,000 円
2回目(令和8年4月25日)	2,000 円	5,000 円
3回目(令和8年5月10日)	1,500 円	3,000 円
4回目(令和8年6月10日)	1,500 円	3,000 円
5回目(令和8年7月10日)	1,500 円	0 円
自己負担額 小計	① 8,500 円	② 16,000 円
自己負担額 合計	③ (①+②)	24,500 円

補助所要額	自己負担額合計 補助率 基準額 (1,000円未満切捨)
	(③ 24,500) 円 × 1/2 = (④ 12,000) 円
所要額	10,000 円 (上限10,000円と④基準額を比較して低い方)

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり完了報告することに同意します。 令和8 年 7 月 15 日

対象者の氏名

盛岡 太郎