

補助金交付申請書

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の交付を受けたいので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第4条の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

申請に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録並びに税情報を閲覧することに同意します。また、禁煙治療を行う予定の協力薬局に個人情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、アンケート）を提供することに同意します。

記

協力薬局で禁煙治療を受けるためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

該当する項目に を入れてください。

- 医療機関（禁煙外来）は受診せず、協力薬局の薬剤師指導による禁煙治療であることを理解している。
- 協力薬局から治療の説明を受け、当該治療を受けることに同意することができる。

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：
禁煙治療を行う 協力薬局名※	(必ず確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 現在、禁煙治療の受け入れが可能であることを当該協力薬局に確認しました <input type="checkbox"/>

※禁煙治療が可能な協力薬局は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください。

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり申請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)

補助金交付申請書

盛岡市長 様

令和8 年 4 月 1 日

(申請者)

住所	〒 020 - 0884 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の交付を受けたいので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第4条の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

申請に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録並びに税情報を閲覧することに同意します。また、禁煙治療を行う予定の協力薬局に個人情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、アンケート）を提供することに同意します。

記

協力薬局で禁煙治療を受けるためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

該当する項目に を入れてください。

- 医療機関（禁煙外来）は受診せず、協力を理解している。
 協力薬局から治療の説明を受け、当該治療を受けることに同意することができる。

全てにがないと協力薬局での禁煙治療はできません。

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 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 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 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
禁煙治療を行う協力薬局名※	(必ず確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 現在、禁煙治療の受け入れが可能であることを当該協力薬局に確認しました <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇〇薬局	必ず事前に確認すること (受入を休止している場合があります)

※禁煙治療が可能な協力薬局は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり申請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)

薬局利用者用

補助金交付申請書

盛岡市長 様

令和8 年 4 月 1 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の交付を受けたいので、盛岡市補助金交付規則（昭和50年規則第27号）第4条の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

申請に伴い、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録並びに税情報を閲覧することに同意します。また、禁煙治療を行う予定の協力薬局に個人情報（氏名、生年月日、住所、電話番号、アンケート）を提供することに同意します。

記

協力薬局で禁煙治療を受けるためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

該当する項目に を入れてください。

医療機関（禁煙外来）は受診せず、協力を理解している。

全てにがないと協力薬局での禁煙治療はできません。

協力薬局から治療の説明を受け、当該治療を受けることに同意することができる。

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 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 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
禁煙治療を行う協力薬局名※	(必ず確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 現在、禁煙治療の受け入れが可能であることを当該協力薬局に確認しました <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇〇薬局

※禁煙治療が可能な協力薬局は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください

必ず事前に確認すること
(受入を休止している場合があります)

(代理申請の場合)

私は、上記のとおり申請することに同意します。

令和8 年 4 月 1 日

対象者の氏名

盛岡 太郎