

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医療機関に個人情報（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

保険診療で禁煙外来を受診するためには、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。

- ☐ ただちに禁煙することを希望している。
- ☐ TDSニコチン依存症度テストで5点以上である（裏面参照）
- ☐ ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上である（35歳以上の場合のみ）
- ☐ 医療機関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。
- ☐ 前回の禁煙外来（保険診療による）初回日から1年以上経過している。

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 平成	年 月 日 (歳)
住所	(☐ 申請者と同じ場合は ☒ 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 医療機関名※	(必ず確認のうえ ☒ 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医療機関に確認しました ☐	

※禁煙治療が可能な医療機関は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください（処方箋受付は一覧以外の薬局でも可能です）

(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。

年 月 日

対象者の氏名

TDSニコチン依存度テスト

あてはまるものに○をつけて下さい。すでに禁煙をはじめた方は、禁煙前の状態に照らしてお答え下さい。

設問		はい 1点	いいえ 0点
1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。	☐	☐
2	禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。	☐	☐
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。	☐	☐
4	禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)	☐	☐
5	4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。	☐	☐
6	重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。	☐	☐
7	タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。	☐	☐
8	タバコのために自分に精神的問題（※）が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。	☐	☐
9	自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。	☐	☐
10	タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。	☐	☐

(※) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

合計	
----	--

記載例

禁煙外来利用者用

補助金交付申請書

盛岡市長 様

令和6

年

10

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医療機関に個人情報（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

保険診療で禁煙外来を受診するためには、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。

- ☒ ただちに禁煙することを希望している。
- ☒ TDSニコチン依存症度テストで5点以上である（裏面参照）
- ☒ 35歳以上の場合、ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上である。
- ☒ 医療機関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。
- ☒ 前回の禁煙外来（保険診療による）初回日から1年以上経過している。

全てに ☒ がないと保険診療で禁煙外来を受診できません。自由診療（10割負担）での受診も可能ですが本補助金の支給対象外です。

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	
生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成 ☒ 年 ☒ 月 ☒ 日 (☒ 歳)	
住所	☒ 申請者と同じ場合は ☒ 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 医療機関名※	(必ず確認のうえ ☒ 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医療機関に確認しました ☒	
	〇〇〇病院	

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)

※禁煙治療が可能な医療機関は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください（処方箋受付は一覧以外の薬局でも可能です）

(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。

年

月

日

対象者の氏名

記載例(代理申請)

禁煙外来利用者用

補助金交付申請書

盛岡市長 様

令和6

年

10

月

1

日

(申請者)

住所

〒020-8530

盛岡市内丸12-2

氏名

盛岡 花子

(代理申請の場合)

対象者との関係

妻

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医療機関に個人情報（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

保険診療で禁煙外来を受診するためには、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。

- ☒ ただちに禁煙することを希望している。
- ☒ TDSニコチン依存症度テストで5点以上である（裏面参照）
- ☒ 35歳以上の場合、ブリンクマン指数（1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上である。
- ☒ 医療機関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。
- ☒ 前回の禁煙外来（保険診療による）初回日から1年以上経過している。

全てに ☒ がないと保険診療で禁煙外来を受診できません。自由診療（10割負担）での受診も可能ですが本補助金の支給対象外です。

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	
生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳)	
住所	(☐ 申請者と同じ場合は ☒ を入れてください) 〒020-0884 盛岡市神明町3-29	
電話番号	XXX - XXXX - XXXX	連絡可能な時間帯： 平日12:00~13:00
禁煙治療を行う医療機関名※	(必ず確認のうえ ☒ 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医療機関に確認しました ☒	
	〇〇〇病院	

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)

※禁煙治療が可能な医療機関は「盛岡市禁煙外来・協力薬局一覧」をご覧ください（処方箋受付は一覧以外の薬局でも可能です）

(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6

年

10

月

1

日

対象者の氏名

盛岡 太郎