様式第１号（第６条関係）

第　　　　　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

　　　　事業実施者

年度岩美町アルツハイマー病治療薬補助金予備申請書

　標記補助金について、岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱の規定により下記のとおり申請します。

　なお、助成の適正を図るために必要な場合は、鳥取県及び岩美町が他自治体に対し、過去の助成状

況及び所得区分の照会・情報提供をすることについて同意します。

　また、医師等の説明を聞き、十分に効果及び副作用を理解した上で申請をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 請 者** | ふりがな |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 印 | | |
|  | | |
| （自署の場合押印省略可） | | |
| 住所 | 〒 | 電話 |  |
|  |
| **過去等の補助金** | | １　過去の本補助金の活用の有無 | | |
| **の活用状況** | | □無 | | |
| **（治療歴）** | | □有　期間：　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
|  | | 補助金額　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| **該当に**✅ | |  | | |
|  | | ２　過去の他補助金の活用の有無 | | |
| □無 | | |
| □有　期間：　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | |
| 補助金額　　　　　　　　　　　　　円 | | |
|  | | |
| ３　今後の他補助金の活用の有無 | | |
| □無 | | |
| □有　期間：　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（想定） | | |
| 補助金額　　　　　　　　　　　　　円（想定） | | |
|  | | |

〇治療終了予定　　　　　　年　　　　　月