様式第６号（第１０条関係）

第　　　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

岩美町長　　氏　　名

（公　印　省　略）

年度岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付決定通知書

　　年　　月　　日付で申請のありました岩美町アルツハイマー病治療薬補助金について、下記のとおり交付を決定しましたので、岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第７条１項の規定により通知します。

記

１　対象経費

　本補助金の対象経費は、「アルツハイマー病治療薬への補助経費」とし、その内容は、生活負担を軽減させるため検査及び治療費用への補助とする。

２　交付決定額等

　本補助金の算定基準及び交付決定額は、次のとおりとする。ただし、対象事業の内容が変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

　（１）算定基準額　　金　　　　　　円

（２）交付決定額　　金　　　　　　円

３　経費の配分

　本補助金の配分及びその配分された経費に対応する交付決定額は、交付申請のとおりとする。ただし、対象事業の内容が変更された場合においては、別に通知する。

４　交付額の確定

　本補助金の額の確定は、補助対象経費の実績額について、岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第　　条　項及び第　　条　項の規定を適用して算定した額と、前記２の（２）の交付決定額（変更された場合は、変更後の額とする。）のいずれか低い額により行う。

５　補助規定の遵守

　本補助金の収受及び使用、補助事業の遂行等に当たっては、規則及び要綱の規定に従わなければならない