様式第７号（第１２条関係）

年度岩美町アルツハイマー病治療薬補助金実績報告書

　　年　　月　　日

岩美町長　氏　　名　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　年　　月　　日付け　　　　号で交付決定のあった事業の実績について、岩美町補助金等交付規則第１７条第１項の規定により、下記のとおり事業を実施したので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金等名称 | 岩美町アルツハイマー病治療薬補助金 |
| 交付決定 | 算定基準額 | 交付決定額 |
|  |  |
| 実　　績 |  |  |
| 差　　引 |  |  |
| 添付書類 | ・岩美町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第１１条に係る添付書類 |