

伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書

伯耆町長 様

申請者 住所  
氏名

伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請兼実績報告及び請求を行います。

なお、前年の1月1日現在、伯耆町民であった場合、本補助金の申請に当たって、所得区分の判定のため公簿を確認することに同意します。

1. 交付申請（実績報告）

補助対象者氏名 (治療を受ける方)	
補助対象治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
補助対象経費	円 (上限80万円)
補助金交付申請額	円 (上限40万円)
添付書類	(1) 治療に係る医療機関の証明書又は診療明細書等 (2) 検査及び治療に係る医療機関が発行した領収証の写し (3) 所得区分が確認できる書類(町が補助対象者及びその世帯の所得区分を確認できない場合に限る。) (4) その他町長が必要と認める書類

2. 補助金振込先（補助対象者名義の口座を指定してください。）

指定振込口座	銀行 ・ 金庫		本店 ・ 支店	
	組合 ・ 農協		本所 ・ 支所	
	種目	口座番号		
1. 普通				(フリガナ)
2. 当座				
3. その他				

【伯耆町記入欄】

所得区分 (対象年 年)	① ② ③ ④ ⑤
--------------	-----------