

伯耆町長 様

伯耆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、伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。

なお、補助の適正を図るために必要な場合は、伯耆町が他自治体に対し、過去の補助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。

記

申請者	ふりがな			
	氏名	印 <small>(自署の場合押印省略可)</small>		
	住所	〒 伯耆町	電話	
過去等の補助金の活用状況 (治療歴) 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<p>1 過去の本補助金の活用の有無</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 <p>2 過去のお他補助金の活用の有無</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 <p>3 今後の他補助金の活用の有無</p> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで (想定) 補助金額 円 (想定)			
指定連絡先	●本件に関する連絡先を、下記のとおり指定します。			
	郵便番号	-		
	住所			
	氏名	(申請者との続柄)		
	電話番号	- -		