

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

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・実績報告を行います。

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。

補助金の名称	伯耆町アルツハイマー病治療薬補助金
補助対象治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
所得区分	住民税課税所得の対象年 年 ① ② ③ ④ ⑤
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 (4) その他町長が必要と認める書類