

年 月 日

伯耆町長 様

年度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。

申請者	ふりがな			
	氏 名	印 (自署の場合押印省略可)		
	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 ☒		1 過去の本補助金の活用の有無 ☐無 ☐有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 2 過去のお他補助金の活用の有無 ☐無 ☐有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 補助金額 円 3 今後の他補助金の活用の有無 ☐無 ☐有 期間： 年 月 日から 年 月 日まで（想定） 補助金額 円（想定）		