様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

八頭町長　　様

　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金予備申請書

標記助成金について、八頭町アルツハイマー病治療薬助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、助成の適正を図るために必要な場合は、鳥取県、及び八頭町が他自治体に対し、過去の助成状況、及び所得区分の照会、情報提供を行うことについて同意します。

また、医師等の説明を聞き、十分な効果、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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署の場合は押印省略可） | | |
| 住　所 |  | 電話 |  |
| 過去等の助成金の活用状況  （治療歴）  該当に☑ | | 1　過去の本助成金の活用の有無  　□無  　□有　　期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　助成金額　　　　　　　　　　　　　　円  2　過去の他の助成金の活用の有無  　□無  　□有　　期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　助成金額　　　　　　　　　　　　　　円  3　今後の他の助成金の活用の有無  　□無  　□有　　期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（想定）  　　　　　　助成金額　　　　　　　　　　　　　　円（想定） | | |

〇治療終了予定　　　　　　年　　　月