様式第2号（第７条関係）

受第　　　　号

 　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長

　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金の交付見込みについて（通知）

　　　　年　　月　　日付で予備申請のありました　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金について、交付する見込みですので、要綱第7条により、申請書を提出いただきますようにお願いします。

記

１　助成金名　　　　　　　　　年度　八頭町アルツハイマー病治療薬助成金

２　交付見込額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　申請書添付書類

（１）診療明細書の写し

（２）検査、及び治療に係る医療機関が発行した領収書の写し

（３）治療に係る医療機関の証明書

（４）所得区分の確認のための書類

（５）その他町長が必要と認める書類

４　申請書提出期限　　　　　　　年　　　月　　　日

５　その他

　　　当該助成金等の交付見込額は、要綱第10条の規定に基づく交付決定において、変更となる場合があります。