様式第3号（第8条、第9条関係）

　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金（変更）交付申請書

 　　年　　月　　日

八頭町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金について、要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　算定基準額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　 　円）

２　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　 　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　その他

　　　算定基準額及び交付申請額（助成金額）に重要な変更が生じた場合は、上段に変更後の額、下段（　）に変更前の額を記載してください。