

第 年 月 号 日

様

事業実施者

年度鳥取県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、鳥取県補助金等交付規則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、鳥取県及び市町村が他自治体に対し、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		
	住所	〒	電話	(自署の場合押印省略可)
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)		