

様式第 1 号（第 6 条関係）

鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥取市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印不要)

電話番号 _____

鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取市アルツハイマー病治療薬補助金交付要綱第 6 条の規定により申請します。また、補助の決定に必要があるときは、私及び私と同居する者の所得、市民税課税状況を閲覧することに同意します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

1 補助対象者 (治療を受ける方)	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
2 事業の目的 及び内容	アルツハイマー病治療薬の検査及び治療	
3 補助対象経費	① 初期検査 (アミロイド PET 検査、脳髄液検査)	円
	② 初期検査以外の検査、治療 (レカネマブ投与、ドナネマブ投与、 頭部 MRI 検査)	円
4 交付申請額	円 (①：補助対象経費×10/10 ②：補助対象経費 1/2、千円未満切捨て)	
5 他の補助金の 活用の有無	☐ あり (補助金名：) ☐ なし	

6 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他						
フリガナ			口座番号							
口座名義 (※申請者名義)										

鳥取市記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---