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(アルツハイマー病治療薬の投与治療を開始する前に実施した検査)	円	
	②　初期検査以外の検査、治療	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　消費税の 取り扱い	□一般課税事業者　□簡易課税事業者　□免税事業者 □特定収入割合が５％を超えている公益法人 □仕入控除税額が明らかでない一般課税事業者		

７　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