様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　　千代田町長　様

申請者　住　所　千代田町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

千代田町認知症診断費用補助金交付申請書兼実績報告書

　千代田町認知症診断費用補助金交付要綱第６条の規定により補助金の交付を受けたいので、同意事項に同意の上、添付書類を添えて次のとおり交付申請及び実績報告をいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | | | | | |
| 住　　所 | 千代田町 | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | | 年齢 | |  |
| 補助対象経費 | | 円 | | 交付申請額 | | 円 | | |
| 補助金の  振込先 | | 金融機関名 | 支店名 | | 口座種別 | | 口座番号 | |
|  |  | |  | |  | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | |
| 診断結果  （該当する箇所に☑し、内容を記入） | | □ 認知症と診断された | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| □ 軽度認知障害（MCI）と診断された | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| □ 認知症でない診断された | | | | | | |
| 同意事項 | | 私は、千代田町認知症診断費用補助金交付要綱第３条の規定により「住民登録の状況」「申請者の属する世帯全員の千代田町税条例（昭和３０年６月１９日千代田村条例）第３条に規定する町税及び国民健康保険税の納入状況」について調査閲覧されることについて同意します。 | | | | | | |
| 添付書類 | | 病院又は診療所が発行した領収書の写し | | | | | | |