

第1号様式(第6条関係)

輪之内町ヘリコバクター・ピロリ除菌治療費助成申請書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所 輪之内町
 氏 名 ④
 電話番号
 対象者との続柄

関係書類を添えて、次のとおりヘリコバクター・ピロリ除菌治療費の助成を申請します。

| | | | | |
|---|---------------|---------|--------|---------------|
| 対 象 者 | (ふりがな) 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 住 所 | 〒 (電話) | | |
| 同意事項 | | | | |
| ① 申請の適正を判断するために必要な場合は、申請(助成)に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会、輪之内町長が住民基本台帳を閲覧することについて同意します。 ② 助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。 年 月 日 申請者名 _____ ④ | | | | |
| 申請受付年月日 | 年 月 日 | 決定年月日 | 承認・不承認 | 年 月 日 |

注記 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 検査又は治療費に係る医療機関、調剤薬局の領収書及び診療明細(原本)
- 2 ヘリコバクター・ピロリ除菌治療報告書(第2号様式)