

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

申請人 住 所 輪之内町  
氏 名  
電話番号  
対象者の続柄

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 )		
<b>同意事項</b>				
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。				
年 月 日 氏 名 _____ (自署)				
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)