

様式第1号（第12条関係）

厚真町ピロリ菌感染検査費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町
氏 名

記

1 ピロリ菌感染検査を受けた者

住所	厚真町			生年月日 年齢	年 月 日生 (歳 カ月)
氏名		性別	男・女		

2 検査費用 _____ 円

【検査方法：ア：血中抗体（I g G） イ：尿中抗体（Hピロリ抗体） ウ：便中抗原検査】

※イ・ウの検査により疑陽性となり確定検査を受けた場合の検査費用は含まない。

検査実施医療機関 _____

委託医療機関以外で検査した理由：

上記費用にかかる助成金を、次の口座に振り込みしてください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫・信用組合			支店
預金種別	普通・当座・()	フリガナ 口座名義人	()	
口座番号				

以下は記入しないでください

受付年月日	
交付金額	円