

様式第2号（第13条関係）

厚真町ピロリ菌除菌治療費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町
氏 名

記

1 ピロリ菌除菌治療を受けた者

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 ピロリ菌除菌治療費用

・一次除菌費用 _____ 円

【除菌検査期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日】

・除菌確認検査費用 _____ 円

【除菌検査実施日：平成 年 月 日】【検査結果：除菌完了 除菌未完了】

除菌治療医療機関 _____

委託医療機関以外で除菌治療した理由：

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