

穴水町長 様

申請者 住 所 穴水町字

氏 名 印

電 話

穴水町ピロリ菌感染検査費用助成金交付申請書兼請求書

穴水町ピロリ菌感染検査費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により次のとおり申請します。
 なお、本申請書兼請求書の内容について、町が保有する個人情報を読覧すること及び本検査の実施及び結果について検査医療機関に照会することに同意します。

対 象 者									
生 年 月 日		年 月 日			年 齢		歳		
検 査 日		年 月 日							
検査医療機関 (医療機関名)									
振 込 先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※添付書類

- 1 検査医療機関発行の領収書
- 2 検査を証する書類(ピロリ菌検査の実施が明記されているもの)

いきいき健康課記入欄

検査金額	円	負担割合			助成額	円	確認印
		1	2	3			