

様式第1号(第5条関係)

小鹿野町ピロリ菌感染検査費用利用券交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者住所 小鹿野町

氏 名

電話番号

ピロリ菌感染検査を受診したいので、小鹿野町ピロリ菌感染検査費用助成交付要綱の規定により、申請します。

1 受診者

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	小鹿野町
検査機関	国保町立小鹿野中央病院
検査予定日	年 月 日
ピロリ菌除菌歴	なし ・ あり

2 受取代理等について

同意書
私は、国保町立小鹿野中央病院をピロリ菌感染検査利用券の受取代理機関と定め、小鹿野町への同補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。また、同検査結果が小鹿野町へ提出されることに同意します。
氏名

3 生活保護法による保護該当者又はこれに準ずるものである場合、生活保護受給証等証明書類等を提示

原本の掲示をお願いします。 生活保護受給証等の写し（コピー）をいただきます。	職員確認欄
---	-------

利用券番号	
-------	--