

浦河町ピロリ菌検査等事業申請書

浦河町長 様

関係書類を添えて下記のとおりピロリ菌検査等事業の助成を申請します。

記

対象者	氏名	(フリガナ)	生年月日 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 — 電話 ()	
<p>誓約・同意事項</p> <p>◆私と保護者は、浦河町ピロリ菌検査等事業の目的や方法、ピロリ菌感染があった場合の治療について同意のうえ、検査等を申込みます。</p> <p>◆浦河町ピロリ菌検査等助成事業実施要綱に定められている要件に該当することを誓約します。要件の確認のため、浦河町長が住民基本台帳を閲覧することに同意します。</p>			
平成 年 月 日			
保護者氏名 _____ 印 (自署) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)			

<申請に必要なもの>

- 1 浦河町ピロリ菌検査等費用助成事業申請書(様式第2号)
- 2 健康保険証(本人確認のため)
- 3 印鑑