

記入の方法等

令和 年 月 日

除菌治療を受けた方の住所、氏名等を記入してください。

申請者（除菌治療をした本人）

申込みの年月日を記入してください。

郵便番号： _____

住 所：山梨県 _____

氏 名： _____ (印)

_____ 月 日 (歳) _____ 男・女

必ず押印してください。

除菌薬を服薬後に除菌ができたかどうかの判定検査（尿素呼気検査（UBT）や血液検査等）をした日を記入し、その結果について ヘチェックしてください。
※検査結果を聞いた日ではなく検査した日を記入してください。
※2回目の除菌治療を実施する方は、2回目の除菌治療の結果と併せて申請してください。

除菌治療費助成申請書

書類を添えて申請します。

○服薬後の判定検査を実施した日 _____ 年 月 日

○判定検査の結果 除菌「成功」（ピロリ菌が検出されず） 除菌「不成功」（ピロリ菌が検出された）
(どちらかをチェックしてください。)

< 2回目の除菌治療（二次除菌治療）を実施 >

○服薬後の判定検査を実施した日 (※1) _____

○判定検査の結果 除菌「成功」（ピロリ菌が検出されず） 除菌「不成功」（ピロリ菌が検出された）
(どちらかをチェックしてください。)

2回目の除菌治療（二次除菌治療）を実施した方は、2回目の除菌薬服薬後の判定検査実施日（ピロリ菌が除菌できたかどうかの検査日）を記入し、その結果について ヘチェックしてください。

(※1)除菌薬を服薬後にピロリ菌が除菌できたかどうかの検査（尿素呼気検査(UBT)や血液検査等）をした日が「服薬後の判定検査を実施した日」となります。検査結果を聞いた日ではなく、判定検査を実施した日を記入してください。

振込先は、申請者名義（除菌治療を実施した方）の口座としてください。

< 振込先指定口座 >

振込先 金融機関	銀行・金庫 組合・農協 支店 出張所	口座種別	普通 ・ 当座	フリガナ
		口座番号	(※2)	口座 名義

(※2) 申請者ご本人の名義の口座に限ります。

必ず、裏面の書類を申請書に添付して、申請してください。

◎注意事項

- 助成金額は、治療に要した薬剤費の自己負担額（1,000円を限度）と除菌治療後の判定検査費の自己負担額（1,000円を限度）です。なお、助成は2回目の除菌治療（二次除菌治療）までとします。1回目（一次除菌治療）まで実施した方は、1回目（一次除菌治療）の申請書に併せて申請してください。
- より、国又は地方公共団体の負担による医療費の自己負担がない方など）は受けられません。（生活保護法、被爆者援護法、戦傷病者特別援護法等）
- 書類に不備がある場合、申請書類一式を返送させていただきます。
- 切手の料金不足とがあります。

必ずお読みください。

◎個人情報の取り扱い

得られた個人情報は、申請書の審査にのみ利用し、漏洩、不正流用等はありません。

申請書の裏面に申請に必要な書類が記載されています。申請の際に必ず添付してください。

※書類に不備がある場合、不承認の理由となり助成できないことがあります。また、書類に不備がある場合は申請書類一式を返送させていただく場合があります。

