

< 申請書記載例 >

別紙申請書に御自身の情報を記入の上、添付書類とともに京都府健康対策課に提出してください。

〇〇年 〇月 〇〇日

京都府知事 様

＜申請者（除菌治療をした）＞

原則、除菌薬の服薬を終えた後の判定検査を受けた年度に提出してください。

郵便番号： 〇〇〇 -

住所：京都府 △△市(町、村) ~~~

氏名： **京都 太郎** 印

電話番号：(平日の日中に連絡がつく番号) **075-XXXX-XXXX**

京都府ヘリコバクター・ピロリ除菌治療費助成申請書

健康診断等で判明したピロリ菌感染について一次除菌治療を受けましたので、必要書類を添えて除菌治療費の助成を申請します。

初めて受ける除菌治療のみが対象です。

ピロリ菌感染 (疑いを含む) が判明した検査		<input type="checkbox"/> 市町村が実施するピロリ菌検査 ・ 胃がん検診 <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険者が実施する健診・人間ドック <input type="checkbox"/> その他 (例:郵送の検査キットで検査 など) <small>※これらの健診等を経ずに、はじめから医療機関で診察としてピロリ菌検査を受けた場合(保険適用となる処置の一つとしてピロリ菌検査を受けた場合)は、対象となりません。</small>			
除菌治療結果		判定結果		<input type="checkbox"/> 除菌成功 <input checked="" type="checkbox"/> 除菌不成功	
振込 口座	フリガナ	キョウト タロウ		除菌治療の成功/不成功は助成の可否に関係ありません。	
	口座名義	京都 太郎			
	金融機関名	府庁銀行	店舗名	丸太町支店	
	口座種別	普通	口座番号	1234567	

※申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。

※ 次の書類を申請書に添付して提出してください。不足があった場合、申請が受け付けられないことや、助成金額が上限の2,000円に満たないことがあり

「お名前」「検査名」「医療機関名」「ピロリ菌感染(疑い)の結果」が分かるようにコピーしてください。

添 付 書 類		チェック欄
(1) ピロリ菌感染(疑いを含む)が判明した健診・検診等の結果通知書 注) 医療機関での診療以前に受けた検査の結果を添付してください。		<input checked="" type="checkbox"/>
(2) 医療機関が発行する領収書と明細書の写し ① 除菌治療薬が処方されたときの費用が分かる ア 病院(診療所)の領収書と診療明細書 イ 薬局の領収書と薬剤明細書 ※薬を処方された機関の明細書の代わりでも可 いずれも領収書は必須。 ② 除菌治療結果の判定検査と、検査結果説明書 ウ 病院(診療所)の領収書と診療明細書		ア <input checked="" type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ (検査) <input checked="" type="checkbox"/> (説明) <input checked="" type="checkbox"/>
(3) 住所が確認できる書類 例) 「健康保険証(住所が裏面に記載されている)」「運転免許証」「住民票(住所が記載されている)」	ご自身のお名前、ご住所が記載されているか確認してください	<input checked="" type="checkbox"/>

これらの書類で、助成金額を算出します。助成対象外の費用もありますので領収書の金額と、助成対象金額は必ずしも一致しません。ご注意ください。