

京都府知事 様

《申請者（除菌治療をした本人）》

郵便番号： _____

住所：京都府 _____

氏名： _____ (印)

電話番号：(平日の日中に連絡がつく番号) _____

京都府へリコバクター・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。

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 type="checkbox"/> 医療保険者が実施する健康診断・人間ドック <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ これらの健康診断等を経ずに、はじめから医療機関で診療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。		
除菌治療結果		判定結果 <input type="checkbox"/> 除菌成功 <input type="checkbox"/> 除菌不成功		
振込口座	フリガナ			
	口座名義	※申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の御提出が必要です。		
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	

※ 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ます。

添付書類	チェック欄
(1) ピロリ菌感染（疑いを含む）が判明した健康診断等の結果通知書 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 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もの ア 病院（診療所）の領収書と診療明細書 イ 薬局の領収書と調剤明細書 ※薬を処方された機関の明細書の代わりとして、お薬手帳でも可。ただし、いずれも領収書は必須。 ② 除菌治療結果の判定検査と、検査結果説明のときの費用が分かるもの ウ 病院（診療所）の領収書と診療明細書	ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ (検査) <input type="checkbox"/> (説明) <input 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場合は、裏面もコピーしてください)」 「運転免許証」「住民票」の写し(マイナンバーの記載のないもの)	<input type="checkbox"/>