

佐賀県肝疾患定期検査費助成金申請書 (年度 回目)

佐賀県知事 様

私は、佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領の規定により、次の事項に同意し、申請します。

- ・ 県及び市町から適宜、調査票を送付して、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、電話等で連絡を行う場合があること
- ・ 佐賀県内の市町に住民登録されているかを確認する場合があること
- ・ 肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の案内を行う場合があること
- ・ 定期検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- ・ 匿名化したうえで、佐賀県肝疾患データベースに検査結果等が登録されること
- ・ 慢性肝炎、肝硬変及び肝がんであること、定期検査内容等を医療機関に照会する場合があること

※1 太枠内を記入してください。

年 月 日

住 所	〒 ー		
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名		電話番号 (携帯など日中に連絡が取れるもの)	ー ー

自己負担額 ※2 検査日ごとに記載のこと。 ※3 申請額(B)は、自己負担額が5,000円未満の場合は自己負担額合計額です。 自己負担額が5,000円以上の場合は5,000円です。	年 月 日	円	助成対象額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	助成決定額
	合 計 額 (A)	円	円
	申 請 額 (B)	円	

※4 複数検査日でも1か月以内で一連検査とみなします。

佐賀県肝疾患定期検査費助成金請求書

佐賀県収支等命令者 様

請求額 金 円也

佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領に基づく助成金として上記金額を請求します。

住 所	〒 ー		
フリガナ			
氏 名	Ⓜ		

振込先口座

フリガナ		金 融 機 関 名	銀 行 金 庫	本店 支店・出張所
氏 名				
預金種別	普通・当座	口座番号		

※5 申請者(請求者)と口座名義人は同一であること。申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合は委任状(様式第3号)を添付してください。

※6 上記申請書及び請求書の押印は、同一印を押印してください。(みとめ印可)

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

- 添付書類
- 医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - 肝炎手帳又は健康増進ノートのウイルス性肝炎であることを確認できる欄の写し、あるいは医師の診断書

県受付印