（様式第１号）　　年　　月　　日

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書

佐賀県知事　様

私は、佐賀県肝炎ウイルス精密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。

・県及び市町から定期的に調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡を行う場合があること
・必要な相談支援を行う他、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の連絡を行う場合があること
・精密検査を受診したことが市町へ情報提供されること
・匿名化の上、佐賀県肝疾患データベースへ登録されること
・関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと
・医療機関に対する精密検査内容等を照会すること

※１　太枠内を記入してください

住　　所	〒　　－			
フリガナ		性別	男・女	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）　　－　　－
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別	保険使用の医療機関検査・職域検査オプション・ドック・市町の検診・県の無料検査・妊婦検診・手術前検査・その他（　　）			

申請額　金　　円也	（自己負担額は添付の領収書のとおり）

佐賀県審査欄	申請者の自己負担額		※助成額は、助成対象医療費にかかる自己負担額の全額。※助成の回数は１人につき１回とする。	
	検査日（診療日）	支払額		
	年　月　日	円		
	年　月　日	円		
	年　月　日	円	助成対象額	助成決定額
	合計	円	円	円

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金請求書

請求額　金					円也

佐賀県収支等命令者　様

佐賀県肝炎ウイルス精密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	〒　　－
フリガナ	
氏　　名	

振込先口座

フリガナ		金融機関名	銀行　　本店 金庫　　支店・出張所							
氏　　名										
預金種別	普通・当座	口座番号								

※２　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を添付してください

県受付印

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
- ☐ 診療明細書
- ☐ 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し
- ☐ 肝炎ウイルス精密検査結果報告書（様式第１、第２号）の写し