

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書

鳥取県 総合事務所長 様
鳥取県東部福祉保健事務所長

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

※太枠内を記入してください		平成 年 月 日	
住 所	〒		
フリガナ		生年月日 年 月 日生	
氏名 (自署)	印	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	①～③のいずれか該当するものに○をしてください。 県 (①保健所・②委託医療機関) での無料検査、③市町村健康増進事業の検診 ※上記①～③以外は対象外となります。		
加入医療保険	被保険者氏名		請求者との続柄
	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号
	被保険者証発行機関名		
	所 在 地		

自己負担額 ※検査日ごとに記載してください	平成 年 月 日	円	助成対象額
	平成 年 月 日	円	円
	平成 年 月 日	円	助成決定額
合計額 (A)		円	円

※自己負担額と助成決定額が異なる場合があります。

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金口座振込依頼書

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱に基づく助成金を下記口座に振込んでください。
※申請者と口座名義人は同一であること。申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙様式による委任状を添付してください。

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

※上記申請書及び請求書の押印は、同一印を 2 カ所に押印してください (認め印可)

- 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 ※いずれも写しでも可
 - ☐医療機関が発行した領収書
 - ☐診療明細書 ※発行に費用がかかる場合、その費用は自己負担となります。
 - ☐肝炎ウイルス検査の結果通知書