

年 月 日

浅口市長 様

浅口市ピロリ菌除菌助成金申請書

下記のとおりピロリ菌除菌に係る治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

住 所

申請者(助成対象者本人)

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

口座振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			店 支店 出張所
種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

【委任欄】 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。

私は、上記の口座名義人に、ピロリ菌除菌助成金受領の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名	印

※市記入欄	決 定 年月日	年 月 日	支給 ・ 不支給
-------	------------	-------	----------