

（宛先）野田市長

住 所
申請者 氏 名 印
電 話 番 号
（ 検査対象者との関係 ）

野田市甲状腺超音波検査費用助成申請書

検査費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

1 検査対象者等

検査 対 象 者	住 所	野田市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日
非課税世帯の 該当の有無	有 ・ 無	
	同意書（該当有りの方のみ記入してください。）	
	甲状腺超音波検査費用の助成金の交付の要件について、 野田市保有の公簿等により市の職員が確認することに同意 します。 <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名 印</p> 注 同意があり公簿等により確認ができるときは、所得の 状況を証する書類を省略することができます。	

2 添付書類

同意書
助成金の交付の決定に当たり、次の事項について同意します。 検査対象者の氏名、生年月日、検査実施日、検査の判定区分及び甲状 腺超音波検査画像について、指定医療機関から野田市へ提供されること。 <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名 印 検査対象者氏名</p>