

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所  
申請者 氏 名  
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。

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

#### 同意書

次の事項について同意します。

- 1 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  
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 助成金の交付の決定に当たり、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が指定医療機関から野田市へ提供されること

申請者署名欄 \_\_\_\_\_ ㊟

( 検査対象者が申請日時時点で 20 歳未満の場合  
は親権者が署名してください )