

野田市甲状腺超音波検査費用助成券

申請者氏名			使用期限	
検査 対象者	氏名		生年月日	
	住所			
助成金の額				

注意事項

- 1 検査対象者以外には使用できません。
- 2 この助成券に記載された内容が修正された場合は、無効になります。

年 月 日

野田市長

㊞

野田市甲状腺超音波検査費用助成に係る代理受領委任状

私は、次の医療機関を代理人とし、野田市甲状腺超音波検査費用の助成に関する規則に基づく助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

年 月 日

住 所

委任者 申請者氏名

㊞

検査対象者氏名

委任状には、医療機関名・住所・氏名を必ず記入し、押印の上、医療機関に提出してください。