

**記載例**

様式第1号（第7条関係）

我孫子市甲状腺検査費用助成券交付申請書

令和2年 4月 1日

我孫子市長 あて

印忘れずに  
お願いします。

住所 我孫子市 湖北台1-12-1  
申請者氏名 我孫子 うなきち 印  
対象者との続柄 父  
電話番号 (7185) 1126

甲状腺検査費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ	アビコ タロウ	生年月日	平成23年 4月 1日
対象者氏名	我孫子 太郎	(年齢)	( 5 歳)
住所	我孫子市 湖北台1-12-16		
契約医療機関 (予定)	名称	〇〇病院	

検査を予定している契約医療機関を記載してください。

添付書類 住民票（同意書に記名押印した場合は、省略可）

同意書兼誓約書

- 私は、助成金の交付決定に当たり、次の事項について同意します。
  - 住民基本台帳を、市職員が確認すること。
  - 契約医療機関が検査結果を市に提出すること。
  - 市が契約医療機関に問い合わせること。
  - 個人を特定する情報以外の情報について、研究または統計のために検査結果等を使用すること。
  - 必要に応じ、我孫子市が実施する事業評価についての追跡調査に協力すること。
- 私は、助成金の交付決定に当たり、次の事項について誓約します。
  - 当該年度中に交付決定を受けていないこと。
  - 甲状腺疾患に関し、保険診療の適用の者ではないこと。
  - 誓約内容に違反がない場合は、検査

同意書兼誓約書の記載内容をご確認ください。  
対象者が18歳未満の方については、親権者が代わって記名押印することができます。  
印忘れずにお願いします。

※検査は、現在の甲状腺の状態を知るためのもので、原発事故における放射線の影響との関連性を評価するものではありません。ご理解いただきますようお願いいたします。

対象者氏名 我孫子 太郎 印  
申請者氏名 我孫子 うなきち 印

ただし、18歳未満の方については、親権者が代わって記名押印することができます。  
申請者と対象者が同一の場合は、対象者氏名欄に記名押印してください。