

我孫子市甲状腺検査費用助成券交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所  
申請者 氏 名 ㊟  
対象者との続柄  
電話番号

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		生年月日	平成 年 月 日
対象者氏名		(年齢)	( 歳)
住 所	我孫子市		
契約医療機関 ( 予 定 )	名称		

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。
  - (1) 住民基本台帳を市職員が確認すること。
  - (2) 契約医療機関が検査結果を市に提出すること。
  - (3) 市が契約医療機関に問い合わせること。
  - (4) 個人を特定する情報以外の情報について、研究又は統計のために検査結果等を使用すること。
  - (5) 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。
  - (1) 当該年度中に交付決定を受けていないこと。
  - (2) 甲状腺疾患に関し、保険診療の適用となる自覚症状を有する者又は経過観察中の者でないこと。
  - (3) 誓約内容に虚偽があった場合は、検査費用の全額を負担すること。

我孫子市長 あて

対象者氏名 ㊟  
申請者氏名 ㊟

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。