

白井市甲状腺エコー検査費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者 住所 白井市
氏名
続柄
電話

白井市甲状腺エコー検査費用助成金交付要綱第7条第1項の規定により、エコー検査費用の助成を申請します。

なお、助成を受けるに当たり、担当職員が住民基本台帳及び生活保護の受給について確認をすることを了承します。また、検査結果については個人が特定できない状態で公表することがあることを了承します。

フリガナ 検査を受けた 者の氏名		生年月日	平成 年 月 日
住 所	白井市		
検査を受けた日	年 月 日		
検査費用の額	円		
検査実施機関	名称		
	住所		
	電話 ()		

上記検査を受けた者に関する甲状腺エコー検査助成金を以下の口座に振り込んでください。

口座 振 込 依 頼 欄	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 目	1 普通	2 当座	
	金融機関コード		店舗コード	口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					

添付書類：甲状腺エコー検査に係る領収書・白井市甲状腺エコー検査受診票

※本申請により市が知り得た個人情報については、甲状腺エコー検査費用助成事業以外に使用することはありません。