

松戸市甲状腺超音波検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松戸市長

申請者 住 所 松戸市
 氏 名 印
 (本人との続柄)
 電話番号

松戸市甲状腺超音波検査費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり添付書類を添えて申請します。

記

検査を受けた本人	フリガナ		性別	男 女	生年月日	平成 年 月 日
	氏 名					
	住 所	〒 松戸市			電 話	自宅・本人・他()
	検査医療機関名	(電話:)				
	検査日	令和 年 月 日			(市民税課税状況) 課税世帯・非課税世帯等	
検査結果	(任意記載) 問題なし 経過観察 要精密検査 要治療 不明					
振込口座	金融機関名称	コード		支店名	コード	支店
	預金種別	普通 当座 その他()		口座名義人	(フリガナ)	
	口座番号					(本人 保護者)

同意書	
助成金を交付する要件の確認のため、松戸市が保有する公簿等により、本人が属する住民基本台帳の記載事項および世帯構成員の市税課税状況について、担当職員が調査することに同意します。	
氏名	印
(検査を受けた者が未成年の場合は、保護者の署名・捺印)	

(事務局記入欄)

必要書類

- 領収書 (本人氏名・医療機関名表記)
- 通帳コピー (本人・保護者)
- 住民票 (必要時)
- 非課税証明書・生活保護緊急 (夜間・休日) 受診証 (必要時)

病院区分

- 甲状腺外来
- 甲状腺学会
- 内分泌外科学会