

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

高萩市甲状腺超音波検査費助成金交付申請書兼請求書

高萩市長 宛て

申請者 氏名  
住所  
電話  
印

高萩市甲状腺超音波検査費助成事業実施要項第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり検査費の助成を申請します。なお、申請の審査に際し、住民登録状況について、市長が確認すること及び検査結果を集計し、統計資料として公表することに同意します。

記

検査を受けた者の氏名	生年月日		住民となった年月日
	年 月 日生 ( 歳)		年 月 日
	年 月 日生 ( 歳)		年 月 日
	年 月 日生 ( 歳)		年 月 日
助成上限額	1人あたり7,000 円		
助成申請額			
振込先金融機関	銀行 信金 労金 農協 信組		本店・支店
口座の種別・口座番号	普通・当座	No.	
フリガナ			
口座名義人			