

29 年度甲状腺検査補助金申請書

甲状腺検査を受けたので、補助金を申請します。

平成 年 月 日

会員お名前： _____ 印 _____

ふりがな		続柄	ふりがな	続柄
お名前				
ふりがな		続柄	ふりがな	続柄
お名前				
住所	〒 _____ 徳島県 _____ 市・郡			
電話	() _____	F A X	() _____	
e-mail				
受診した病院	徳島県 _____ 市・郡			
電話	() _____	受診日	年 月 日	
支払った合計金額				
振込先				担当理事
その他特記事項				印

添付： 申請する人数分の領収書の原本あるいはコピーを裏面に貼り付けて役員に提出、あるいは郵送して下さい。(領収書は、金額、会員本人、ご家族の氏名、日付が明記されている物に限ります)

- ※ 対象は、震災後徳島に移住された会員で被曝した可能性がある方とその同居のご家族。
- ※ 原則として平成 29 年 1 月 1 日時点で会員登録されている会員と同居のご家族が対象。
- ※ 補助申請は、年 1 回。窓口で支払った、3000 円以下の検査料の全額。
3000 円を超える場合は、お一人につき 3000 円を上限として補助します。
提出期間は、平成 29 年 4 月 1 日から平成 29 年 12 月 20 日迄 (受診期間は 1 月より)