

# 記入例

様式第1号（第6条関係）

安曇野市オプション新生児スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者（請求者） 住 所

氏 名

印

新生児等との続柄

住 所

電 話

お子さんの  
検査時の住  
民票の住所  
をご記入く  
ださい。

安曇野市オプション新生児スクリーニング検査費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

新生児等	検査時 住所			
	氏 名	生年 月日	年	
検査年月日		年	月	日
請 求 額		円		

採血を行った日付  
をご記入ください

振込先

口座振替金融機関		口座番号	普通 当座						
金 融 機 関 名	支店・支所	フリガナ							
		口座名義							

申請者と口座名義人が異なる場合は記載  
してください。申請者と口座名義人が同  
じ場合は記載の必要はありません。

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任し

記

上記口座名義の者を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者（申請者） 住 所

氏 名

印

受託者（口座名義人）住 所

氏 名

添付書類

- オプション新生児スクリーニング検査を受けた日（当該検査に係る採血をした日という。）が分かるものの写し
- 医療機関等が発行した領収書（オプション新生児スクリーニング検査に要した費用の支払が分かるもの）の写し

領収書にオプション新生児スクリーニング検査の記載がない場合は、診療明細書の写しの添付もお願いします。診療明細が複数ページに及ぶ場合はすべてのページの写しを提出してください。

母子健康手帳にある先天性代謝異常検査の日付、またはオプション新生児スクリーニング検査の結果通知のコピー