

記入例

提出日を記入してください

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 安曇野市〇〇△△△番地△
氏 名 〇 〇 〇 〇 ⑩
新生児等との続柄 〇〇
電 話 △△-△△△△

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事業実施要綱（以下「要綱」という。）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	安曇野市〇〇△△△番地△（お子さんの検査時の住民票の住所をご記入ください）		
	氏 名	〇 〇 〇 〇	生年 月 日	△年 △月 △日
検査年月日		△年 △月 △日（採血を行った日を記入）		
検査項目		☐ 原発性免疫不全症 ☐ 脊髄性筋萎縮症 ☐ ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ・Ⅱ・ⅣA・Ⅵ型、ポンペ病、ファブリー病（男児に限る。）、ゴーシェ病、ニーマンピック病A/B型及びクラッペ病をいう。） ☐ 副腎白質ジストロフィー		
請 求 額		△, △△△ 円		

請求額は14,500円と検査費用を比べていすれか少ない方

振込先

口座振替金融機関		口座番号	普通 当座	△	△	△	△	△	△	△
金融機関名	〇 〇 銀行など	フリガナ		〇〇〇〇	〇〇〇〇					
	〇 〇 支店・支所	口座名義		〇 〇	〇 〇					

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。
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。

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入の必要はありません。

委任者（申請者） 住 所
氏 名
受託者（口座名義人） 住 所
氏 名

⑩

添付書類

- オプション新生児スクリーニング検査の検査項目及び検査日（当該検査に係る採血をした日をいう。）が分かるものの写し（医療機関から渡される検査結果の写し）
- 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）及び診療明細書の写し

診療明細書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。