

様式第1号 (第6条関係)

安曇野市オプショナル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

電 話

安曇野市オプショナル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			
	氏 名		生年月日	年 月 日
検査年月日	年 月 日			
検査項目	<input type="checkbox"/> 原発性免疫不全症 <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> ライソゾーム病(ムコ多糖症I・II・IVA・VI型・VII型、ポンペ病、ファブリー病(男児に限る。)、ゴーシエ病、ニーマンピック病A/B型及びクラッペ病をいう。) <input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィー			
請求額	円			

振込先

口座振替金融機関		普通 当座	フリガナ	口座名義	
金融機 関名	支店・支所				口座番号

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。

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

- (1) オプショナル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
- (2) 医療機関等が発行した領収書(オプショナル新生児スクリーニング検査に要した費用の支払が分かれるもの)及び診療明細書の写し