

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 ⑩  
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。）、ゴーシェ病、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		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、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 ⑩

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るもの）及び診療明細書の写し