

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 安曇野市〇〇△△△番地△

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	安曇野市〇〇△△△番地△(お子さんの検査時の <u>住民票の住所</u> をご記入ください)		
	氏 名	○ ○ ○ ○	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		<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。)、ゴーシュ病、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		

請求額は14,500円と検査費用を比べていずれか少ない方

振込先

金融機 関名	口座振替金融機関	普通 当座	△	△	△	△	△	△	△
	○ ○ 銀行など		○○○○	○○○○					
	○ ○ 支店・支所		○ ○	○ ○					

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

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(医療機関から渡される検査結果の写し)
- (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

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。