

様式第1号 (第6条関係)

大洲市拡大新生児スクリーニング検査費用助成金交付申請書

年 月 日

空欄にしてください

大洲市長 様

申請者と、下記の口座名義人は同一にしてください。
※訂正の場合は、訂正印不可のため、再作成が必要です。

申請者 住所 大洲市大洲123番地4

氏名 大洲 花子

(児との関係) 母

電話 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

関係書類を添えて、拡大新生児スクリーニング検査費用の助成を申請します。

※太枠内をご記入ください。

	児の父		児の母		
(フリガナ) 氏名	オオズ タロウ 大洲 太郎		オオズ ハナコ 大洲 花子		
住所 <small>夫婦で異なる場合はそれぞれに記入</small>	〒	〒795-0012 大洲市大洲〇番地〇 〇マンション〇号室			
子どもの生年月日	令和7年 3月 1日				
検査日	令和7年 4月 3日				
検査内容	() ポンペ病		() ムコ多糖症II型		
	() ゴーシェ病		() 重症複合免疫不全症		
	() ファブリー病		() 脊髄性筋萎縮症		
	() ムコ多糖症I型				
助成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の市町村又は県において助成を受けていません。				
申請額	金		円 (助成上限額: 10,000円)		
振込口座	金融機関名	支店名等	預金種別	口座番号	(カナ) 口座名義人
	銀行 △△金庫 農協	大洲 本店 支店	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	オオズ ハナコ 大洲 花子

＜添付書類＞

- (1) 保険証
- (2) その他

・通帳の口座名義人を記入してください。(支払い時のエラーとなるため)
※ 振込先の持参品は、通帳又はキャッシュカード

同意欄

(1)大洲市拡大新生児スクリーニング検査費用助成金の交付申請の要件を確認するため、大洲市が公簿等により確認し、又は関係機関(他自治体、保険者、保険医療機関等)に照会、確認すること

(2)この申請書は、大洲市が助成金を支給する際において、助成金の請求書として取り扱うこと(なお、助成金の支給は、支給決定のあった日から30日以内とすること)

令和7年 4月 30日
申請者氏名 大洲 花子

裏面

市記載欄

申請受理年月日	年 月 日	申請決定年月日	年 月 日
結 果	承認 ・ 不承認	受給者番号	

確認書類

- 領収書
- 診療明細書
- 母子健康手帳