

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

大洲市長 様

空欄にしてください

年 月 日

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 太郎
(児との関係) 父
電話 001 - 0001 - 0001

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 夫婦で異なる場合は それぞれに記入		〒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 4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		☒ 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 記入しない 円 (助成上限額：12,000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
	〇〇 銀行 金庫 農協	△△ 本店 支店	普通 当座	1 1 1 1 1 1 2		オオズ タロウ 大洲 太郎

- <添付書類>
(1) 保険医療機関等が発行する拡大新生児スクリーニング検査に係る費用の領収書
(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5月20日 申請者氏名 大洲 太郎
-------	---

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