

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

大洲市長 様

申請者 住所
氏名

(児との関係)

電話

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					
住 所 夫婦で異なる場合は それぞれに記入	〒		〒		
子どもの生年月日	年 月 日				
検 査 日	年 月 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 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
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座		

<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および診療明細書
- (2) その他市長が必要と認めた書類

同 意 欄	私は、下記の事項(1)(2)に同意の上、申請します。 (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） 年 月 日 申請者氏名
-------	--

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