

空欄にしてください。
(請求期間を過ぎた申請書があったため)

成金交付申請書

年 月 日

大洲市長

口座名義人を申請者と同一にしてください。
※訂正の場合は、訂正印不可のため書き直し

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 <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8年 4月 1日				
検査日	令和8年 4月 3日				
検査内容	(<input type="radio"/>) ポンペ病		(<input checked="" type="radio"/>) ムコ多糖症Ⅱ型		
	(<input type="radio"/>) ゴーシェ病		(<input type="radio"/>) 重症複合免疫不全症		
	(<input type="radio"/>) ファブリー病				
	(<input checked="" type="radio"/>) 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を受けていません。			て助成	
申請額	金 記入しない 円 (助成上限額: 12,000円)				
口座	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

記入してある場合
で訂正が必要な場合は書き直し

里帰り出産等の場合は、(県外)項目すべて検査してなくても受け付ける

(1)
(2)

- ・口座名義人と、通帳の名義 同じか確認、その名義を記入する。
- ※ カードが「花子 大洲」になっているケースが最近多い、**支払いエラー**となるため 通帳の名義通りの記入が必要。
- ※ 振込先のコピーは従来通り

同意欄

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8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