様式第１号(第８条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拡大新生児スクリーニング検査助成金交付申請書兼請求書年　　月　　日　　愛南町長　　　　　　　　様申請者(保護者)住所氏名　　　　　　　　　　　　　　連絡先　代理者氏名　　　　　　　　　　　　　　(続柄：　　　　) 連絡先　次のとおり町委託機関において拡大新生児スクリーニング検査を受けたので、愛南町拡大新生児スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第８条第１項の規定により関係書類を添えて申請(請求)します。(単位：円)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受診日 | 助成申請額 |
| 初回検査 | 　　　年　　月　　日 |  |
| 確認検査 | 　　　年　　月　　日 |  |
| 合計 |  |

　(注意事項)助成申請額は、拡大新生児スクリーニング検査に要する費用の全額とする。ただし、助成限度額(12,000円)を超える場合は、助成限度額を助成申請額とする。添付書類　　(１)　拡大新生児スクリーニング検査の内容が分かる領収書及び診療明細書(２)　母子健康手帳に記載されている拡大新生児スクリーニング検査を受診したことが分かる部分の写し　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　支　店　　　　　　　　　農協　　　　　　　　支　所　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | (フリガナ)口座名義人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付書類 | 初回検査 | 確認検査 |
| (１) |  |  |
| (２) |  |  |

町担当者確認欄※確認した場合は、〇印でチェックすること。 |