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。 |