様式第1号

別紙1

鬼北町拡大新生児スクリーニング検査費助成事業申請書兼請求書

鬼北町長　様

申請者　住所
氏名
（続柄）
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の助成を申請します。
なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため住民基本台帳の閲覧、受診医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

記

助成状況	□　今回の申請分について、他自治体等において助成を受けていません。								
申請額	金　　円								
子の生年月日	年　　月　　日								
検査日	年　　月　　日								
検査内容	（　　）ポンペ病 （　　）ファブリー病 （　　）ゴーシェ病 （　　）ムコ多糖症Ⅰ型 （　　）ムコ多糖症Ⅱ型 （　　）重症複合免疫不全症 （　　）脊髄性筋萎縮症								
振込先									
金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所				
預金種別	普通	（ふりがな）			（　　）				
	当座	口座名義人							
口座番号									（左詰記入）

＜添付書類＞
1. 検査に係る経費の内容を証明する書類（領収書等）
2. その他必要である書類（　　）

＜注意事項＞
1. 他の助成を受けていない拡大新生児スクリーニング検査に係る費用が助成の対象となります。
2. 検査の検査項目が複数若しくは単数であっても初回の検査に係る費用についてのみの助成となります。
3　新生児検査に直接関係しない費用は、助成の対象外となります。