

様式第1号（第9条関係）

東温市拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）東温市長

下記のとおり、拡大新生児スクリーニング検査を受診しましたので、関係書類を添えて助成金の交付（請求）を申請します。

太枠の中を記入してください。

対象児 (拡スク検査を受けた新生児となります。)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
		住所	〒	
検査日（受診日）		年 月 日		
申請・請求者	フリガナ		対象児との続柄	
	氏名			
		住所（※1）	〒	電話番号

※1：受診者の住所と異なる場合のみ記入してください。

誓約・同意事項	
私は、東温市拡大新生児スクリーニング検査費助成金の交付申請にあたり、次の事項に誓約及び同意の上申請します。	
☐ 申請・請求内容等に誤りがあり、かつ、助成要件に該当しなかったときは、交付された拡大新生児スクリーニング検査費助成金を速やかに返還します。	
☐ この申請書を審査等するため東温市が申請者及び対象児に係る必要な住民票等の確認を行うこと並びに必要な資料を他の行政機関及び受診医療機関に求めることに同意します。	
☐ 東温市において交付決定をした後は、この申請書を拡大新生児スクリーニング検査費用の助成金の請求書として取り扱うことに同意します。	

太枠の中をご記入ください。

申請金額	円							
金融機関名	銀行・信金・農協			支店名				
口座種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人※2								

※2：申請・請求者と口座名義人は一致させてください。

- 添付書類：
- ☐ 検査内容がわかる領収書又は新生児拡大スクリーニング支払い証明書
 - ☐ 検査結果（母子健康手帳）
 - ☐ 振込先口座確認書類