

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

松野町長 様

申請者(保護者)

住所

氏名

連絡先

代理人

氏名

(続柄: )

連絡先

次のとおり委託外医療機関及び助産所で受診したので、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、実際に拡大新生児スクリーニング検査に要した費用の額とする。  
ただし、助成限度額を超える場合は、当該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内容が分かる領収書
- (2) 母子健康手帳の当該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箇所の写し

振込先

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

町担当者確認欄

添付書類	初回検査	確認検査
(1)		
(2)		

※確認した場合は、○印でチェックすること。