

別記様式第1号（第5条関係）

今治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）今治市長

住所

申請・請求者 氏名

（続柄： ）

電話 （ ） -

今治市拡大新生児スクリーニング検査の費用に係る助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

助成金交付請求額 金 _____ 円

※太枠の中をご記入ください。

子どもの生年月日	年 月 日
検査日	年 月 日
検査内容	<input type="checkbox"/> ポンペ病
	<input type="checkbox"/> ファブリー病
	<input type="checkbox"/> ゴーシェ病
	<input type="checkbox"/> ムコ多糖症Ⅰ型
	<input type="checkbox"/> ムコ多糖症Ⅱ型
	<input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症
	<input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症
同意欄	<input type="checkbox"/> 助成金を受けるにあたり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧、受診機関への支払い内訳確認及び関係部署等に確認することに同意します。
添付書類 1 拡大新生児スクリーニング検査に係る費用の領収書 2 その他必要な書類（ ）	

振込口座	金融機関名	支店名等	預金種別	口座番号						口座名義人（カナ）
	銀行 金庫 組合 農協	支店 支所	1 当座 2 普通							