

新生児拡大マスキリーニング検査費請求書

年 月 日

高取町長 様

請求者：住 所 高取町

氏 名 印  
(続柄： )

電話番号

下記のとおり検査に要した費用の助成を受けたく、関係書類を添えて請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

|                  |                       |      |              |      |                   |
|------------------|-----------------------|------|--------------|------|-------------------|
| 保護者氏名            |                       |      |              | 続柄   |                   |
| 保護者住所            |                       |      |              | 電話番号 |                   |
| 新生児氏名            | 男・女                   | 生年月日 | 年            | 月    | 日生                |
| 初<br>回<br>検<br>査 | 検査日                   | 年    | 月            | 日    | 請求金額<br>※上限5,000円 |
|                  | 検査内容                  | 検査費用 | 月齢<br>※検査日基準 |      |                   |
|                  | ( ) 副腎白質ジストロフィー(男児のみ) |      |              |      |                   |
|                  | ( ) ライソゾーム病           |      |              |      |                   |
|                  | 検査実施医療機関名             |      |              |      |                   |
|                  |                       |      |              |      |                   |

振 込 先 ※保護者名義の口座に限ります。

|     |      |                      |                 |  |                     |
|-----|------|----------------------|-----------------|--|---------------------|
| 振込先 | 金融機関 | 銀行<br>組合<br>金庫<br>農協 |                 |  | 本店<br>支店(支所)<br>出張所 |
|     | 預金種別 | 普通 ・ 当座              | (ふりがな)<br>口座名義人 |  |                     |
|     | 口座番号 |                      |                 |  |                     |

※添付書類 拡大マスキリーニング検査結果の写し  
拡大マスキリーニング検査に係る領収書