

京都市先天性代謝異常等検査に係る採血・指導料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）京都市長

申請者
住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

先天性代謝異常等検査に係る採血・指導料助成金の交付を受けたいので、先天性代謝異常等検査低所得者取扱要領により、以下の事項に同意のうえ、下記のとおり申請します。

- 1 審査に必要な範囲で、申請者の住民登録状況について、調査・閲覧すること。
- 2 本申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認等が必要な場合については、京都市が受診医療機関等に検査状況等の確認を行うこと。

自己負担額 (保険診療分を除く)	円
保護者氏名	
乳児氏名	
検査日	年 月 日

〔添付書類〕

- ①先天性代謝異常等検査無料受診票（必須）
※ 未使用のもの
- ②母子健康手帳の「表紙」、「出生届出済証明」（P1）及び、「検査の記録（先天性代謝異常検査）」（P17）の写し（必須）
- ③医療機関等が発行する領収書原本（必須）
※ 受検者氏名、先天性代謝異常等検査に係る採血・指導の費用であること、受検年月日、領収金額及び医療機関名等を確認できるもの
- ④助成金の振込先の口座がわかるもの（必須）
申請者（保護者）本人名義の預金通帳（金融機関名、支店名、口座種別、口座名義、口座番号が確認できる部分）の写し等
- ⑤先天性代謝異常等検査に係る採血・指導実施証明書（必要に応じて）
※ 上記②、③について必要事項の記載がない場合、または紛失等により③を添付できない場合に添付

〔注意事項〕

- 1 助成金額は、医療機関等に支払った額全額ではなく、助成の対象となる受検内容について定められた上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
京都市が申請内容を確認のうえ算定します。
- 2 助成金の申請は、採血・指導を受けてから1年以内に行ってください。