

様式第 1 号（第 5 条関係）

先天性代謝異常等検査追加検査費給付申請書

年 月 日

つがる市長

申請者 住所
氏名
電話番号

つがる市先天性代謝異常等検査追加検査費給付事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり検査費の給付を申請する。なお給付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報及び医療機関に対する検査結果等について関係機関に照会することに同意します。

受診児氏名		生年月日	年 月 日
住 所			

医療機関名			
検 査 日	年 月 日		
申 請 額	円		

※申請に必要な書類

- (1) 検査の受診日及び結果の写し
- (2) 医療機関の発行した領収書及び明細書（検査内容が記載されたもの）