拡大新生児スクリーニング検査公費助成申込書

四国中央市では、拡大新生児スクリーニング検査を行ったお子さんの検査費用を助成しています。治療可能となった難病を早期に発見することで、早期治療が可能となりますので、検査は任意となりますが、ぜひご活用ください。

【保護者記入欄】

分娩取扱施設の長 様

拡大新生児スクリーニング検査について十分な説明を受け、その内容について理解しましたので、検査の実施に同意し、検査を申し込みます。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

四国中央市に住民票の ふりがな ある保護者の氏名	えひめ はなこ 愛媛 花子	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
赤ちゃんの ふりがな 氏名 (※決まっている方)	えひめ いちろう 愛媛 一郎	生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

検査を受検する新生児の保護者の住民票のある市町の口にチェック☑をお願いします。

 四国中央市

以下について確認の上、口にチェック☑をしてください。

- 検査結果を分娩取扱施設等の関係機関と四国中央市が共有することに同意します。
- 四国中央市に住民票がないなど、後に公費助成の要件を満たさないことが判明した場合は、速やかに助成額に相当する検査費を支払います。

住民票住所と連絡先をご記入ください。

住民票住所

愛媛県四国中央市〇〇町〇〇〇〇

連絡先（電話番号）

090-****-****

【分娩取扱施設記入欄】 上記の者より申込された検査について、次のとおり実施したことを報告します。

検査実施日：令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所：〇〇市〇〇町〇〇〇〇

名称：〇〇病院

代表者氏名：理事長 〇〇 〇〇

分娩取扱施設記入欄

検査実施日・住所・名称・代表者氏名を記載してください。押印は不要です。