

大牟田市ヒトT細胞白血病ウイルス1型(HTLV-1)抗体検査補助金交付申請書

大牟田市長 殿

年 月 日

申請者 住所

氏名

受診者との続柄

私は、大牟田市ヒトT細胞白血病ウイルス1型(HTLV-1)抗体検査補助金交付要綱第2条に定める補助金の交付の対象に該当しますので、同要綱第3条の規定により、補助金の交付を申請します。なお、私は、この申請に基づく補助金の交付の決定に当たり、確認等が必要な場合には、自身のことを受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

受 診 者	郵便番号	—	電話番号	
	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	補助金の 振込先 口座	銀行 金庫		本店 支店
口座番号			種別 普通 当座	
フリガナ				
	口座名義人			

HTLV-1抗体検査実施医療機関名	所在地		電話番号
HTLV-1抗体検査受診日	自己負担額	補助基準額	補助金申請額
年 月 日	円	850円	円

※ 補助金申請額は、自己負担額と補助基準額を比較していずれか少ない方の額とします。

領収書及び診療明細書等を紛失した場合は、下記の項目を医療機関で記入してもらってください。
なお、記入にかかる費用は自己負担となり、補助の対象とはなりません。

●医療機関記入欄(HTLV-1検査実施証明)

※領収書及び診療明細書等で検査料が判明する場合は、医療機関の記入は不要です。

検査実施日 年 月 日

検査費用 円

医療機関名

住所

電話番号

<申請窓口及び問合せ先>

〒836-8666 福岡県大牟田市有明町2丁目3番地
大牟田市 子ども家庭課 母子保健担当

受付印