

## 先天性代謝異常等検査採血料公費負担申請書

保 護 者 氏 名		新生児 生年月日	年 月 日生
保 護 者 住 所			

世 帯 区 分  (該当する番号 を○で囲む)	1. 被保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 所得税非課税世帯 4. 所得課税年税額が 15,000 円以下の世帯 5. そ の 他
----------------------------------	---

私の世帯は、上記に該当いたしますので、先天性代謝異常等  
検査採血料公費負担の申請をします。

年 月 日

申請者氏名

Ⓜ

(新生児との続柄

)

区保健福祉部長 様