

第9号様式

先天性代謝異常等検査採血料無料受検票交付申請書

妊婦氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
<p>生まれてくる子どもの先天性代謝異常等検査を受けたいので「先天性代謝異常等検査採血料無料受検票」の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>京都府 保健所長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ⑩ 申請者住所 妊婦との続柄 電話番号</p>			
保健所確認事項	受付年月日	年 月 日	
	交付年月日	年 月 日	
	該当区分 (A ・ B ・ C)		
	確認方法 ()		
	備 考		

※ 申請者は、太枠部分について記入してください。

先天性代謝異常等検査に係る検査料の公費負担について

(制 度)

- 先天性代謝異常等検査のための採血・指導料は、保護者に自己負担していただいているところですが、次の世帯に属する新生児については、公費負担制度が利用できます。なお、公費負担の上限額は、1児につき3,500円です。

<対象世帯>

- A) 生活保護法による被保護世帯
- B) 当該年度分の市町村民税非課税世帯（当該年度の市町村民税の課税状況が判明しない場合にあつては、前年度の市町村民税非課税世帯）
- C) 前年分の所得税非課税世帯（前年分の所得税の課税状況が明らかでない場合にあつては、前々年分の所得税非課税世帯）

(手続き)

- 上記の世帯に属する保護者の方で、生まれてくる子どもに検査を受けさせようと思われる方は、この申請書に必要事項を記入し、上記世帯であることを証明するものを添付の上、管轄の保健所に提出して「先天性代謝異常等検査採血料無料受験票」の交付を受けてください。
- 「先天性代謝異常等検査申出書」を添えて、医療機関の窓口へ提出すると、検査等に要する費用は無料になります。
- 他府県の医療機関で出産された場合は、医療機関に採血・指導料を支払った後、その領収書と無料受験票に請求書を添えて管轄の保健所に提出すると支払った金額の一部が返ってきます。なお、請求書用紙は保健所にあります。

* わからないことがあれば、最寄りの保健所か、健康福祉部こども・子育て総合支援室（075-414-4727）または市町村の窓口におたずねください。