

(別記様式第1号)

組織適合性検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益財団法人栃木県臓器移植推進協会
理事長 様

申請者

住 所 〒

氏 名 _____ ①

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

透析医療機関名 _____

下記のとおり組織適合性検査を受けましたので、組織適合性検査費助成要領の規定により助成金の交付を申請します。

記

1 組織適合性検査

(1) 検査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(2) 検査料 _____ 円 (別添領収書(写)のとおり)

2 臓器移植希望の登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 振込先

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種目 普通・当座・() 口座番号 _____

口座名義 (フリガナ) _____ (フリガナ _____)

※原則として申請者名義の口座を記載してください。

4 添付書類 (必ず添付してください)

(1) 組織適合性検査領収書の写し

(2) 公益社団法人日本臓器移植ネットワーク移植希望登録完了通知の写し