

組織適合性検査助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 沖縄県保健医療福祉事業団
理事長 安里 哲好 殿

〒
申 住 所
請 氏 名
者 連絡先

組織適合性検査助成金を受けたいので申請します。

(申請者記入欄)

被 検 者	氏 名		性別		申請者との関係		
	住 所				生年月日	S H R	年 月 日 (歳)
助 成 金 を 受 け る 場 所	預 金 者 名	(フリガナ)					
	指 定 口 座	銀行	本店 支店	口座番号	普・当		
ゆうちょ銀行の場合		記号(6桁目がある場合はこちらに記入)		番号(8桁に満たないときは頭に「0」を記入)			

※添付書類①被検者の住所が分かる書類の写し(例:マイナンバーカード、運転免許証、保険証(住所記載があるもの)
②振込先が分かる書類の写し(例:通帳、キャッシュカード)

(病院記入欄)

上記の者が次のとおり当病院で検査を受け、(公社)日本臓器移植ネットワークに移植希望登録をする者であることを証明します。

検 査 実 施 年 月 日	令和 年 月 日
検査料金(被検者負担分)	円
検 査 項 目	組織適合性(HLA)検査

住 所
病院名
代表者

印

