

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



組織適合性検査助成金交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

※交付決定通知に必要です

〒〇〇〇-〇〇〇〇

申請者	住所	浦添市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	氏名	沖繩 太郎
	連絡先	〇98-〇〇〇-〇〇〇〇

※原則、被検者の口座です
被検者が未成年や被検者自身で申請が難しい等の場合は、申請者の口座にして構いません
(確認の電話がある場合があります)

※携帯番号でも可

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	沖繩 太郎	性別	男	申請者との関係	本人
	住所	浦添市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			生年月日	SHR 〇年〇月〇日 (〇〇歳)
助成金を受ける場所	預金者名	(フリガナ) オキナワ タロウ	沖繩 太郎		※振込み時に必要です	
	指定口座	〇〇 銀行	〇〇 本店支店	口座番号	普・当	〇〇〇〇〇〇〇〇
		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)	

※訂正があった場合、必ず訂正印を押してください

※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 浦添市△△△△
 病院名 △△△△△病院
 代表者 △△ △△ △△

