

組織適合検査料助成金交付申請書

(個人申請用)

令和元年 9 月 1 日

公益財団法人いばらき腎臓財団
理事長 山縣 邦弘 殿

検査を受けた病院

医療機関の所在地 東京都新宿区河田町 8-1
医療機関名 東京女子医科大学病院

組織適合検査料助成金の交付について次のとおり申請します。

交付申請額 金 15,000 円 (助成限度額は、15,000 円です)

助成金額は、15,000円が上限

※医療機関発行の領収書のコピーを添付願います。

申請者氏名 山田 太郎 性別 (男 ・ 女)

申請者住所 茨城県つくば市天久保 2-1-1

生年月日 S60/7/11 検査年月日 R 1/9/1

備 考

1. 振込先

銀行・支店名	〇〇銀行	〇〇 支店
預金種類	<u>1</u> 普通	2 当座
口座番号	No. <u>1234567</u>	
フリガナ	<u>ヤマダ タロウ</u>	
口座名義人	<u>山田 太郎</u>	

領 収 書

一金 15,000 也

但し組織適合検査料助成金として

年 月 日

公益財団法人いばらき腎臓財団
理事長 山縣 邦弘 殿

申請者住所 茨城県つくば市天久保2-1-1

申請者氏名 山田 太郎 印