

組織適合検査料助成金交付申請書

(個人申請用)

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

医療機関の所在地

医療機関名

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 _____ 円

(助成限度額は、15,000 円です)

※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 _____ 性別 (男 ・ 女) _____

申請者住所 _____

生年月日 _____ 検査年月日 _____

備 考 _____

1. 振込先

銀行・支店名	銀行	支店
預金種類	1 普通	2 当座
口座番号	No.	
フリガナ		
口座名義人		

様式2

領 収 書

一 金 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

申請者氏名

印