

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		