

組織適合性検査費用補助金交付申請書

年 月 日

公益財団法人大分県臓器移植医療協会 理事長 殿

【申請者】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名	印	生年月日	年 月 日
住所	〒 — — 電 話 — —		

下記のとおり組織適合性検査を受けたので、組織適合性検査費用補助金の交付を申請します。

記

1. 検査年月日 年 月 日
2. 検査施設の所在地及び名称（登録施設）
3. 検査担当技師（登録施設の主治医） 印
4. 振込先

補助金 振込先	銀行名		支店名	
	種 別	普通 ・ 当座 その他（ ）	口座番号	No.
	口座名義人（申請者以外の場合のみ記入）			

*当補助金は、大分県に居住している方を対象として組織適合性検査費用の一部を補助します。

【添付書類】

- （全員）組織適合性検査費用の領収書の写し（コピー）を添付（*支払いを証明するもの）
- （大分県外での登録者）大分県居住が確認・証明できる書類（住民票、身体障害手帳、運転免許などのいずれか）の写し（コピー）を添付