第１号様式

組織適合性検査費用補助金交付申請書（記入例）

YYYY 年 MM 月 DD 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	おおいた　たろう	性　別	男 ・ 女
氏　名	大分　太郎　大分印	生年月日	YYYY　年 MM 月 DD 日
住　所	〒　OOO　－　OOOO 大分県　OO 市　OO 電　話　OOO－OOOO－OOOO		

下記のとおり組織適合性検査をうけたので、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　YYYY 年　MM 月　DD 日
2. 検査施設の所在地及び名称（登録施設）　〒OOO-OOOO　OO 県 OO 市 OO
3. 検査担当技師（登録施設の主治医）　検査　太郎　検査印
4. 振込先

補助金 振込先	銀行名	OO 銀行	支店名	OO 支店
	種　別	普通 ・ 当座 その他（　　）	口座番号	No.　OOOOOO
	口座名義人（ふりがな）（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**

郵送先：〒８７０－０９３２　大分県大分市東浜１－４－１０　東浜ビル２０３号
（公財）大分県臓器移植医療協会　事務局　行　　TEL:０９７－５４９－４３１０