第１号様式

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　　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（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