

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		