

# 組織適合性検査費助成金交付申請書

年 月 日

公益財団法人かながわ健康財団  
アイバンク・臓器移植推進本部長 様

氏 名 ⑩

(男・女)

生 年 月 日 年 月 日

住 所 千

電 話 番 号

腎移植希望登録に係る組織適合性検査費助成金の交付を申請します。

検 査 年 月 日	令和 年 月 日
検査医療機関 所在地 名 称	
* 担当医確認欄	担当医氏名 <span style="float: right;">⑩</span>

\* 印欄 . . . 担当医に記名・押印を頂いて下さい。

助成金振込先	金融機関名	銀行 信金	支店
	ふりがな		
	口座名義		
	口座番号	普通	No.

## 【添付書類】

腎移植希望登録に組織適合性検査の費用を納付したことを証明する書類(領収書の写し等)

# 組織適合性検査費助成金交付申請書

## <記載例>

年 月 日

公益財団法人かながわ健康財団

アイバンク・臓器移植推進本部長 様

氏 名 申請者 本人氏名 (印)  
生年月日 年 月 日 (男・女)  
住 所 〒  
電話番号

腎移植希望登録に係る組織適合性検査費助成金の交付を申請します。

検 査 年 月 日	年 月 日
検 査 医 療 機 関 所 在 地 名 称	検査を受けた医療機関で記載して頂いてください。
※担当医確認欄	担当医氏名 (印)

(※ 印欄 : 担当医に記名・押印を頂いて下さい。)

助成金振込先	金融機関名	銀行 信金	支店
	ふりがな		
	口座名義	申請者本人の口座名義	
	口座番号	普通	No.

お子様でご本人口座をお持ちでない時にはご相談ください

【添付書類】

腎移植希望登録に組織適合性検査の費用を納付したことを証明する書類(領収書の写し等)