

組織適合検査費用助成金申請書 及び 口座振込依頼書

年 月 日

公益財団法人福島県臓器移植推進財団理事長 様

下記のとおり新規登録が完了したので、必要書類5点を添えて申請します。

必要書類（①～③⑤と④運転免許証についてはコピー）

- ①腎臓移植希望登録手続き完了のお知らせ ②臓器移植患者登録証明書兼患者負担金領収書
- ③検査料の領収書 ④マイナンバーの記載がない住民票の原本、運転免許証の写し等、現住所が確認できるもの
- ⑤振込口座預金通帳の写し（銀行名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が確認できるもの）

申請額 円

申請者	〒	—	TEL		携帯		
	住所						
	氏名 (自署)						
医療機関実施	住所						
	病院名						
	検査実施日	年	月	日			
振込先	金融機関名			店名			
	口座種別			口座番号			
	普通・当座・貯蓄・その他()			左づめで 御記入下さい			
	口座名義	カタカナ名					
	漢字名						

※注意 検査を受けた本人名義以外の口座に振込を希望する場合は、下記委任状に記名してください。

委任状

組織適合検査費用について、その受領の権限を下記の者に委任します。

年 月 日

委任者	住所	
	氏名 (自署)	

上記権限を受任しました。

受任者	住所	
	氏名 (自署)	