

# 組織適合検査費用助成金申請書 及び 口座振込依頼書

## 記入例

令和 3 年 4 月 1 日

公益財団法人福島県臓器移植推進財団理事長 様

下記のとおり組織適合検査を実施したので、その費用として

- ①、②のいずれかを記入してください。
- ①組織適合検査費用が15,000円を超える場合 → 15,000円と記入
  - ②組織適合検査費用が15,000円を下回る場合 → 実費を記入

**申請額 15,000 円**

検査を受けた方について記入してください。

申請者	〒	960 - 8670	TEL	024-521-9027		FAX	024-521-9027				
	住所	福島市杉妻町2番16号									
医療機関実施	氏名 (自署)	福島 花子									
	住所	福島市光が丘1番地									
	病院名	公立大学法人福島県立医科大学附属病院									
	検査実施日	令和 3 年 3 月 1 日									
振込先	金融機関名					店名					
	福島県銀行					福島県庁支店					
	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		1	2	3	4	5
	口座名義	カタカナ名	フクシマ タロウ								
	漢字名	福島 太郎									

※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。

検査を受けた本人名義の口座に振込を希望する場合、記入の必要はありません。

### 委任状

組織適合検査助成金について、その受領の権限を下記の者に委任します。

令和 3 年 4 月 1 日

委任者	住所	福島県福島市杉妻町2番16号									
	氏名 (自署)	福島 花子									

上記権限を受任しました。

受任者	住所	福島県福島市杉妻町5番75号									
	氏名 (自署)	福島 太郎									