

# 組織適合検査費用助成金申請書 及び 口座振込依頼書

指定様式

平成 年 月 日

公益財団法人福島県臓器移植推進財団理事長 様

下記のとおり組織適合検査を実施したので、その費用として次のとおり申請します。

申請額 円

申請者	〒	—	TEL		FAX								
	住 所												
	氏 名											印	
検査実施 医療機関	住 所												
	病 院 名												
	検査実施日	平成	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、下記委任状に記名押印してください。

## 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。

平成 年 月 日

委任者	住 所										
	氏 名										

上記権限を受任しました。

受任者	住 所										
	氏 名										