

記入例 組織適合検査費用助成金申請書 及び 口座振込依頼書

平成 25 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

- 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									
	氏 名	福 島 花 子									
医療機関	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	平成 25 年 3 月 1 日									
	金融機関名	福島県銀行				店 名 福島県庁支店					
振込先	口座種別	普通・当座・貯蓄・その他()				口座番号					
	口座名義	カタカナ名	フクシマ タロウ			左づめで 御記入下さい	1	2	3	4	5
	漢 字 名	福 島 太 郎									
	○で囲んで ください。										
	印										

※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。

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。

平成 25 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	福 島 花 子								

上記権限を受任しました。

忘れずに押印
してください。

受任者	住 所	福島県福島市杉妻町5番75号								
	氏 名	福 島 太 郎								