

公益財団法人千葉ヘルス財団組織適合検査費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 死体腎移植を推進するため、腎不全患者が組織適合検査（以下「検査」という。）を受ける場合に要する経費に対し、予算の範囲内でこの要綱により助成する。

(助成対象者)

第2条 千葉県内に住所を有する腎不全患者で、死体腎移植希望登録を行う者であること。

(助成経費)

第3条 組織適合検査費用の助成額は、1人10,000円とする。

(交付申請)

第4条 組織適合検査費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、「組織適合検査費用助成金交付申請書」（様式1）により公益財団法人千葉ヘルス財団理事長に申請する。

2 申請者から助成金の受領を委任された検査医療機関は、申請書を添えて翌月の10日までに、公益財団法人千葉ヘルス財団理事長に助成金の支払いを請求（様式2）する。

(助成の決定)

第5条 理事長は、第4条の規定による申請または請求があった場合は、すみやかにその内容を審査し、適正と認める場合にあっては、申請者または検査医療機関に交付するものとし、適正と認められない場合にあってはその旨通知するものとする。

(雑則)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は理事長が別に定める。

附 則

この要綱は平成3年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和2年8月1日から施行する。

様式 1

組織適合検査費用助成金交付申請書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団理事長 様

住 所

氏 名

印

生年月日 年 月 日生 (男・女)

電話番号

死体腎移植希望登録にかかわる組織適合検査費用助成金の交付を申請します。

なお、受領に関する一切の権限を下記検査医療機関に委任します。

検査年月日		年 月 日
検 査	所在地	
	医療機関 名 称	
※担当医確認欄		担当医氏名 印

※担当医確認欄： 担当医の記名・押印を得て下さい。

助成金口座振替依頼書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団

理事長 様

申請者住所

申請者氏名 印

振込先金融機関名	金融機関 コード		支店 コード	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			支店
預 金 種 別	1 普通 2 当座	口座番号		
振込先口座名	住 所	〒 _____		
	フリカゝナ	電話 () _____		
	氏 名	印		