記入例

別記第１号様式（保健医療局提出用）　　東京都保健医療局

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな	とうきょう　たろう	生年月日	昭和４５年６月１日
氏名	東京　太郎		
住所	（〒１６３－８００１） 新宿区西新宿二丁目８番１号 電　話　０３（５３２１）１１１１		

いずれかに〇を付ける。

検　査　施　設　名 （いずれかに〇を付ける。）	１　国家公務員共済組合連合会虎の門病院 ２　東京医科大学八王子医療センター ３　東京女子医科大学病院 ４　その他（　　）

腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第３に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書（別記第２号様式）と住民票を添えて申請します。

令和７年４月１０日

申請者　東京　太郎

東京都知事　殿

記入例

別記第２号様式（保健医療局提出用）（センター提出用）　　東京都保健医療局

腎 臓 移 植 希 望 登 録 依 頼 書

患者記入欄	ふりがな	とうきょう　たろう	生年月日	昭和４５年６月１日
	患者氏名	東京　太郎		
	ふりがな	しんじゅくく　にししんじゅく		
	患者住所	〒１６３－８００１ 新宿区西新宿二丁目８番１号 電話　０３（５３２１）１１１１		
	家族等緊急連絡先	住所　ふりがな　みなとくあかさか 〒１０７－００５２ 港区赤坂二丁目９番１１号 電話　０３（６４４１）２２２２		
		氏名　ふりがな　とうきょう　いちろう 東京　一郎		

この欄は、医師の記入欄です。
透析医（先行的献腎移植希望の方は主治医）に記入してもらってください。

透析医記入欄	ふりがな		
	施設所在地	〒	
	ふりがな		ふりがな
	透析施設名		主治医
	原疾患	疾患名	
	血液型	ＡＢＯ型（　　）　Ｒｈ型（　　）	※該当する場合は○ 先行的献腎移植
	透析歴	開始年月日　　年　　月　　日　　週　　回透析	
	既往歴	１　　２　　３	
	合併症	１　　２　　３	