

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	昭和45年6月1日
氏名	東京 太郎	年 月 日	

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
○を付ける。

検査施設名

- 1 東京医科大学八王子医療センター
- 2 東京女子医科大学病院
- 3 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8年4月10日

申請者名を記入する。

申請者 東京 太郎

東京都知事 殿

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	住所	ふりがな しんじゅくく にししんじゅく 〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番2号 電話 03(5320)4506				
緊急連絡先	氏名	ふりがな とうきょう いちろう 東京 一郎					
主治 医 記 入 欄	ふりがな						
	施設所在地	〒					
	ふりがな				ふりがな		
	施設名				主治医		
	原疾患	疾患名					
	血液型	A B O型 ()		R h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 回数
既往歴	1 _____		2 _____		3 _____		
合併症	1 _____		2 _____		3 _____		

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。