

寄付 申 出 書

令和 年 月 日

愛媛県知事 あて

次のとおり、子どもの愛顔応援ファンドに寄付いたします。

寄付金額 _____ 円

寄付者プロフィール	
住所又は所在地	〒 _____
(ふりがな) 氏名又は 団体名・会社名	_____ 様
寄付の名義	<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 法人・団体名 (該当する選択肢に☑してください)
電話番号	_____ (担当者: _____)
企業・団体 ホームページ	アドレス(_____) <input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可

公表について (御希望の選択肢に ☑してください)	<input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可
	公表項目: <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 金額 <input type="checkbox"/> 寄付者の声(メッセージ・タイトル)
寄付者の声	タイトル(25文字以内): _____
	メッセージ(300字以内): _____

※御承諾いただいた場合、ホームページ等でご寄付いただいた方のお名前(法人等の場合は法人名)や寄付金額、メッセージを公表させていただきます。

※御記入いただきました個人情報につきましては、寄付金の手続きや寄付金を活用した事業のお知らせ以外には使用いたしません。

●この申出書を下記まで、電子メール・ファックス・郵送で送付いただきましたら、払込用紙を送付いたしますので、所定の金融機関で払い込みをお願いいたします。(子どもの愛顔応援ファンドのホームページ(HPのURL)にて申出書をダウンロードできます。)

○そのほか、伊予銀行・愛媛銀行・愛媛県信用農業協同組合連合会並びに県内の農業協同組合の本店・支店には、ファンド専用の振込用紙を備え付けております。(申出書は不要)

【お問合せ・送付先】 愛媛県保健福祉部生きがい推進局 子育て支援課 〒790-8570 愛媛県松山市一番町4丁目4番地2 / TEL 089-912-2413 FAX 089-912-2409 / メールアドレス kosodate@pref.ehime.lg.jp
