（法人・団体用）

令和　　年　　月　　日

寄付申込書

長崎県知事　大石　賢吾　様

（障害福祉課）

所在地

名称及び代表者名

　　　　　　　　　　　　　　（ご担当者様の部署・連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　部署：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅメール：

次のとおり寄附をしたいので申し込みます。

寄付金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

寄付の目的　　　　　　下記より寄付したい項目へチェックをお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　□障害者芸術のため

　　　　　　　　　　　　　　□障害者スポーツのため

　　　　　　　　　　　　　　□視覚・聴覚障害者の機器購入のため

　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■県ホームページ掲載への同意について

　５万円以上のご寄附をいただいた場合、下記項目をホームページにて紹介させていただきます。

　記載に同意される項目に「○」をご記入ください。

　　　（　　）法人・団体名

　　　（　　）寄付金額

　　　（　　）法人・団体のホームページへのリンク

　　　　　　　<URL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　>

　　　※ご記入の個人情報は、ホームページ掲載のほか、寄付手続きのみに使用します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【お申し込み・お問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎県福祉保健部　障害福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒850-8570

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長崎市尾上町３－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：095-895-2453（直通）　FAX：095-823-5082