（個人用）

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）

住所

氏名

次のとおり寄付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等のため

　　　　　　　　　　　　　　□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。

　　　（　　）氏名

　　　（　　）寄付金額

　　　（　　）住所（市町村まで）

　　　（　　）ホームページへの記載はしてほしくない。

　　　※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