

## 「八尾市立病院こどもの病気早期発見支援寄附金」寄附申込み書

年 月 日

(あて先) 八尾市病院事業管理者

八尾市立病院に「八尾市立病院こどもの病気早期発見支援寄附金」として寄附したいので、申込みます。

寄附申込み者	ふりがな	
	氏名又は施設名	※ <input type="checkbox"/> 匿名を希望する <input type="checkbox"/> 匿名を希望しない
	住所	〒
	電話番号	[自宅・携帯・勤務先]
	FAX番号	[自宅・勤務先]
	メールアドレス	
寄附方法	寄附方法	○金融機関で八尾市立病院指定口座への振り込み(納付案内書を後日郵送します) (手数料はご負担いただきますようお願いいたします。) ○現金書留(郵送料金等をご負担いただきますようお願いいたします。)
	寄附金額	¥
(ふるさと納税関連) ワンストップ特例制度 ※個人の寄附のみ対象		ワンストップ特例制度(確定申告の手続きを寄附先の自治体に委任することができる制度)の適用を希望される方は、ワンストップ特例制度の申請書の提出が必要となります。八尾市から申請書の郵送を希望される方は、「郵送を希望する」にチェックを付けてください。 「①確定申告が不要の方」でかつ「②寄附をする自治体が5団体以下」の方がワンストップ特例制度の対象となります。  <input type="checkbox"/> 郵送を希望する <input type="checkbox"/> 郵送を希望しない ※記入がない場合は「希望しない」とします。

(※1) 上記氏名欄で「匿名を希望しない」にチェックをされた方につきましては、ホームページ等で氏名を公表させていただく場合があります。ご記入いただきました個人情報、八尾市個人情報保護条例に基づき適正に管理し、受領書の発行等の寄附金に関する業務以外には使用いたしません。

【送付先】 (郵送・FAX又はメールでお申込みください。)

〒581-0069

大阪府八尾市龍華町一丁目3番1号

八尾市立病院 企画運営課企画運営係

「八尾市立病院こどもの病気早期発見支援寄附金」担当宛

TEL : 072-922-0881

FAX : 072-924-4820

mail : syomuka@city.yao.osaka.jp