

平成 年 月 日

## 交通遺児救済基金寄附申出書

佐世保市長 様

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

お名前 (団体名・代表者名) \_\_\_\_\_

ご連絡先 電話 \_\_\_\_\_

私は、交通遺児救済基金の目的に賛同し、佐世保市に対して下記のとおり寄附を申し出ます。

### 記

1 寄附金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 情報の公開 今回の寄附について、お名前と金額を広報誌等で公表させていただくことがあります。公表に同意していただける場合は「同意する」に○を、同意していただけない場合は「同意しない」に○を付けてください。

( ) 同意する

( ) 同意しない

※ご記入いただきました個人情報は、寄附金領収書やお礼状の発送など、交通遺児救済基金に関する業務以外には使用しません。

### 【お問い合わせ先】

佐世保市子ども未来部子ども政策課 Tel0956-24-1111 (内線) 71-5412