とちぎ安心医療基金寄附申込書

令和　　年　　月　　日

　栃木県知事　福田　富一　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄附者住所　〒

寄附者名

（団体の場合は、代表者名も御記入ください）

電話

　下記のとおり寄附の申し込みをします。

記

【寄附金額】

　　　　　　　　　　　　　　　　円

【寄附の使途】

下記の中から選び、番号に○を付けてください。なお、２に○を付けた場合は、事業内容を記入してください。

　１　栃木県の救急医療の充実に資する事業

　２　１のうち特に事業内容を指定

　　　（事業内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　※救急医療機関が行う設備整備への補助事業等

【寄附の納入方法】

下記の中から選び、番号に○を付けてください。

　１　納付書（申込み受付後、県で作成し送付します）　　　２　現金書留

【情報公開等の確認】

　(1) 県ホームページ等において寄附者一覧としての公開について

　　１　同意する　　２　同意しない

　(2) 知事感謝状の贈呈について（金額が１０万円以上の寄附者）

　　１　同意する（贈呈を受ける）　　２　同意しない（贈呈を受けない）

　(3) 感謝状贈呈に当たり取材があった際の個人情報（現住所・氏名・寄附内容）の提供

　　１　同意する　　２　同意しない

　 ※ 寄附申込みに係る個人情報は、栃木県個人情報保護条例に基づき適正に管理し、とちぎ安心医療基金に関する事務以外には使用しません。

【申込み・問い合わせ先】

栃木県保健福祉部医療政策課医療体制整備担当

　〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田１－１－２０

　　　電話番号　０２８（６２３）３１５７　　　　０２８（６２３）３１３１

Ｅメール　iryo@pref.tochigi.lg.jp