【別紙様式２】

令和６年能登半島地震山形県義援金

【受領証発行依頼書】

山形県健康福祉部地域福祉推進課

地域福祉・人権擁護担当 宛

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 　〒　　　－　　　　　 |
| フリガナ氏　名※受領証宛て名 | （必ず、｢フリガナ｣を付けてください。） |
| 電話番号 |  |
| 種　　別 | 銀行振込・現金・その他（　　　　　　　　　）　 |
| 振込人名義**（カタカナ）** |  |
| 振込日等 | 　令和 ６ 年　　月　　日 |
| 金　　額 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備　　考 | ＜受領証の宛て名と送付先が異なる場合＞受領証の送付先：＜企業の場合＞担当部署：担当者名：電話番号： |

必ずこの依頼書を印刷し、

返信用封筒と併せて郵送ください。

FAX・メールでは受付できません。