【別紙】

2024年台湾東部沖地震山形県復興応援募金

【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。