

茨城県新型コロナウイルス感染症対策医療従事者応援金への寄附申込書

令和 年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

私は、新型コロナウイルス感染症患者の入院医療機関の医療従事者の方を応援するため、以下のとおり寄附を申し込みます。

ふりがな
お名前： _____

(ご連絡)

〒 _____

ご住所： _____

電話： _____

E-mail： _____

◆ 寄附金額 _____ 円

※税制上の優遇措置（寄付金額税控除）は、2千円以上の寄附金が対象となります。

◆ 医療従事者への応援メッセージ等ございましたら、ご記入願います。

◆ 受領書を希望 要 否 ※必要な場合は、要にチェックを入れてください。

【納付の方法について】

- 1 寄附のお申し込みをいただいた後、事務局から納入通知書をお送りいたします。
- 2 納入通知書が届きましたら、次のいずれかの方法により送金願います。
・金融機関窓口、銀行ATM、インターネットバンキングなど

【送付先】 〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6
茨城県保健福祉部医療局医療人材課 行
電話 029-301-3191（直通） Fax 029-301-3194
E-Mail : i.doctor@pref.ibaraki.lg.jp