

ご寄附までの流れ

① 受付

【氏名（法人の場合は代表者様氏名）、住所（法人の場合は所在地）、連絡先電話番号の確認】

・お電話での受付

上記内容をご確認させていただきます。

・メールでの受付

専用のメールアドレス宛にご連絡をお願いいたします。後ほど、確認メールをご返信いたします。

E-mail:kifu@sakuragaoka.jcho.go.jp

② 寄附申出書の作成

①で受付したご住所に、寄附申出書・返信用封筒を郵送いたします。寄附申出書に必要な事項をご記載いただき、同封の返信用封筒にてご返送をお願いいたします。

ホームページから寄附申出書のダウンロードも可能ですので、メール受付の方は作成した寄附申出書をメールで送信いただいてもお受け取りいたします。

③ 寄附受入書の送付

寄附申出書のご返送を確認後、寄附受入書・振込依頼書をお送りいたします。

④ ご寄附の入金

寄附受入書のご確認後、お送りした振込依頼書を使用してご寄附の入金をお願い致します。

⑤ ご入金確認

ご入金を確認後、寄附受領書をお送りします。ご寄附の口数により、公表（広報誌・ホームページ）・感謝状・新病院開院式へのご招待・銘板の作成等のご案内をさせていただきます。

様式 1

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
桜ヶ丘病院長 殿

郵便番号
住 所
氏 名 印
電話番号

(法人にあつては法人名、職名、氏名)

寄 附 申 出 書

独立行政法人地域医療機能推進機構寄附受入規程の内容を了知のうえ、下記のとおり
貴院に寄附を行いたいので申し出ます。

記

1. 寄附金品の目的
病院新築移転支援

2. 寄附金額

3. 寄附の予定期日
令和 年 月

4. 寄附の方法

桜丘発事第 号
令和 年 月 日

(寄附申出者 氏名) 殿

独立行政法人
地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院
院長 森 典子 印

寄 附 受 入 書

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、令和 年 月 日貴殿より当院に対し、ご寄附のお申し出を賜りましたことに深く感謝いたしますとともに、この度のご厚意を謹んでお受けいたします。

記

寄 附 金 品 の 名 称 現金

寄 附 金 品 の 目 的 病院新築移転支援

価 格 ま た は 金 額 ￥-

独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院
担当：総務企画課（総務）粉川 忠丈
電話：054（353）5311 内線1322

寄 附 受 領 書

殿

寄附額 _____ 円

上記のとおり寄附金を受領しました。

令和 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院
院長 森 典 子 印

上記の金額は、所得税法第78条第2項第3号及び法人税法第37条第4項に基づく寄附金に該当するものです。

- (注) 1. この寄附金は、所得税法上の寄附金控除の対象となる特定寄附金又は法人税法上の全額損金算入を認められる寄附金です。
2. 上記の措置を受けるために、確定申告に際してこの領収書が必要となりますので、相当期間大切に保管してください。