

三沢市ふるさとまちづくり寄附金申込書

年 月 日

(あて先) 三 沢 市 長

ふりがな 氏 名		電話番号	
		F A X	
住 所	〒 —		
E-mail			

三沢市ふるさとまちづくり寄附金を下記のとおり申し込みます。

1 寄附金額

金 円

2 寄附金の使途の指定

次表から1つ選び、欄に○印をご記入ください。ご指定がない場合は、いずれかの事業に活用させていただきます。

○印	寄 附 金 の 使 途
<input type="checkbox"/>	(1) 福祉サービス・子育て支援の充実、健康づくりの推進
<input type="checkbox"/>	(2) 防災・減災対策の充実
<input type="checkbox"/>	(3) 市立三沢病院の良質な医療サービスの提供、病院経営の健全化
<input type="checkbox"/>	(4) 道路・建物・公園等の整備
<input type="checkbox"/>	(5) 教育・文化・スポーツの振興、グローバル人材の育成、航空科学館内外の展示物の整備
<input type="checkbox"/>	(6) 雇用創出、起業支援、農水畜産業の振興、商工観光振興、寺山修司芸術の発信
<input type="checkbox"/>	(7) 上記以外に指定する事業(事業名: <input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	(8) 母校応援寄附金

※母校応援寄附金は寄付をしたい学校の指定はできません。また、お礼品の提供はごさいませんが、ご希望の方には広報みさわを半年間の定期便でお届けします。

裏面もあります。

3 寄附金の納付方法

次のいずれかをお選びになり、○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	納付書による現金払込 (手数料無料)	<input type="checkbox"/>	銀行口座振込 (手数料有料)	<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行振込 (手数料無料)
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------------

<ご注意事項>

(1) 納付書による現金払込の場合、納付書を送付しますので、次の金融機関等窓口で納付書に現金を添えてお支払いください。

・青森銀行 本支店・三沢市役所派出所 ・みちのく銀行 三沢支店・岡三沢支店	・青い森信用金庫 三沢支店 ・おいらせ農協 本店・六戸支店	・青森県信用組合 三沢支店 ・三沢市役所 会計課窓口
--	----------------------------------	-------------------------------

(2) 銀行口座振込による納付の場合、振込先をお知らせする文書を送付しますので、お近くの銀行窓口で銀行備付けの振込用紙にてお振込ください。なお、ATMからはお振込できません。

(3) ゆうちょ銀行振込の場合、専用の振込用紙を送付しますので、そちらでお振込ください。

4 お礼品について（三沢市ふるさとまちづくり寄附金お礼品の中からお選びください）

寄附金の納付確認後、発送いたします。	○印	品名
寄附金額が 1 万円以上 2 万円未満		
寄附金額が 2 万円以上 3 万円未満		
寄附金額が 3 万円以上 4 万円未満		
寄附金額が 4 万円以上 5 万円未満		
寄附金額が 5 万円以上 10 万円未満		
寄附金額が 10 万円以上		
寄附金額が 40 万円以上		PET-CT 検査受診希望

※お礼品は、市外にお住まいの方のみ。

※PET-CTを希望する方は、専用用紙(別紙)をご記入の上、お申込みください。

5 寄附金税額控除に係る申告特例(ふるさと納税ワンストップ特例)の適用申請

<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない	※希望される場合は後日申請書を郵送します
--------------------------	------	--------------------------	-------	----------------------

<注>ご記入いただいた個人情報は、原則ふるさと納税事業以外には使用しません。

別紙

PET-CT 検査を受診希望の方へ

寄附申込者

ふりがな 氏名		電話番号	
		FAX	
住所	〒		

PET-CT を受診する方が寄附申込者ではない場合は、下記をご記入ください。

PET-CT 受診者

ふりがな 氏名		電話番号	
		FAX	
住所	〒		

PET-CT 受診希望時期

()月頃

申込方法

- ・PET-CTを受診する方が、受診希望日の1週間前までにご来院または電話でお申込みください。
- ・受付時間 毎週月～金曜日(祝祭日を除く)8:30～16:00
- ※現在、妊娠中又は妊娠している可能性のある方及びガンと診断され治療中又は経過観察中の方は、受診できませんのでご了承ください。
- ※三沢市立三沢病院までの交通費、宿泊費は自己負担となります。
- ※寄附金受領年度内での受診をお願いいたします。

「PET-CT検査」申込先

三沢市立三沢病院 PET-CT画像診断センター

電話 0176-53-2161(内線1270)