

## 寄付申込書

地方独立行政法人神戸市民病院機構  
理事長 橋本 信夫 様

ご住所： \_\_\_\_\_

(ふりがな)

お名前： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

この度、地方独立行政法人神戸市民病院機構に寄付をしますので、下記のとおり申し込みます。

1. 寄付内容 \_\_\_\_\_ 番 ( \_\_\_\_\_ 円コース) \_\_\_\_\_ 口

	応援コース名	応援金額	リターン内容
1	応援コース 3,000 円	¥3,000	①寄付受納書 ②感謝のメッセージ ③活動報告レポート
2	応援コース 10,000 円	¥10,000	上記①～③ ④病院 HP へのお名前掲載
3	応援コース 30,000 円～	¥30,000、¥50,000、¥100,000、 ¥300,000、¥500,000、¥1,000,000 ¥3,000,000、¥5,000,000	上記①～③ ④病院 HP へのお名前掲載 ⑤病院院内へのお名前掲載

※寄付受納書の日付は、READYFOR(株)から神戸アイセンター病院に入金のある 2025 年 4 月の日付となります。このため、2025 年の所得に対する確定申告 (2026 年 2 月受付開始)を行っていただくこととなりますので、ご注意ください。

※寄付受納書は、2025 年 4 月以降、同年 6 月までに順次発送いたします。(ご寄付の件数によっては、発送までにお時間を要する場合がありますのでご了承ください。)

※なお、本申請書を提出いただいてもプロジェクト終了の 2025 年 2 月 28 日までにお振込が確認できない場合は、本プロジェクトへの支援対象外となり、受納できませんので予めご了承ください。

2. 寄付目的 神戸アイセンター病院クラウドファンディングへの支援

3. お名前等の公表可否 ( 可 ・ 不可 ) ←どちらかに○をつけてください。

※「可」の場合、○ 金額が 1 万円以上の方は 病院ホームページへお名前を掲載させていただきます。

○ 金額が 3 万円以上の方は、神戸アイセンター内にもお名前を掲載させていただきます。

4. 振込先口座の送付方法 ( 郵送 ・ メール ) ←どちらかに○をつけてください。