

寄 附 申 込 書

年 月 日

公益財団法人千葉市保健医療事業団
理事長 様

住 所

会 社 名

個 人 名

電話番号

E-mail

公益財団法人千葉市保健医療事業団定款第 3 条の目的に賛同し、次の金額を寄附します。

金 額	円
寄附金の使途 ※寄附金の使途にご希望がある 場合はご記入ください。 ご記入のない場合は寄附金額の 50%以上を定款第 3 条に定める 公益目的事業に使用します。	

※次のいずれかに該当する場合、その寄附金を受け入れることができない場合があります。

- (1) 国、地方公共団体、公益法人及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第 5 条第 17 号に規定する者以外の個人又は団体がその寄附により、特別の利益を受ける場合
- (2) 寄附金の受け入れにおいて、次に掲げる条件等が付されている場合
 - ア 寄附者に寄附金の対価として何らかの利益又は便宜を供与すること。
 - イ 寄附者が寄附金の経理について監査を行うこと。
 - ウ 寄附後に寄附者が寄附金の全部又は一部を取り下げることができること。
 - エ 寄附された寄附金を寄附者に無償で譲渡又は使用させること。
 - オ その他理事長が事業団の運営上支障があると認める条件が付されていること。
- (3) 寄附金を受け入れることにより、事業団の業務、財務又は名誉に負担又は支障が生じると認められる場合
- (4) 寄附金が事業団定款第 3 条に定める目的の達成に資するものでないと判断される場合