

各 位

公益社団法人 日本透析医会
会 長 秋 澤 忠 男



能登半島地震被災地への緊急支援のお願いについて

この度の令和 6 年能登半島地震により被災された医療機関等に対し、診療の援助、ボランティア活動等の支援にご尽力いただき深く感謝申し上げます。

日本透析医会は、日本災害時透析医療協働支援チーム(JHAT)と協力して当該地区の透析施設等に対する支援のため、下記のとおり募金活動を行うことといたしました。

透析医療関係各位の皆様には、ご理解とご支援を心からお願い申し上げます。

記

1. 使用の目的

被災支援活動等

2. 支援金口座

銀行名 みずほ銀行 神田支店

口座番号 普通 3085726

シャ)ニホントウセキイカイ

口座名義 公益社団法人日本透析医会

3. 受付期間

令和 6 年 1 月 9 日 (火) より令和 6 年 2 月 2 9 日 (木) まで

4. 税法上の取扱いについて

この度の支援金の税法上の扱いにつきましては、「特定公益増進法人に対する寄附金」に該当いたします。個人の方は寄附金控除(所得控除)、法人(医療法人等)の方は損金算入ができます。

領収書が必要な方へはご希望に応じて発行いたします。

なお、寄附金控除について、詳しくは国税庁ホームページ若しくは管轄税務署等にお問い合わせください。

5. 問合せ先

公益社団法人 日本透析医会 事務局

TEL 03-3255-6471 FAX 03-3255-6474

E-mail info@touseki-ikai.or.jp

寄附金申込書

令和6年 月 日

公益社団法人日本透析医会
会長 秋澤 忠男 殿

次の金額の寄附を申し込みます。
寄附金の使途：能登半島地震の被災地への支援活動等

寄附金額：金 _____ 円

◆ 寄附者について

団体名

.....
*個人の方は記入不要です。

(フリガナ)

氏名

.....
*法人の場合は、代表者の役職・氏名を記入して下さい。

〒 _____
住所

TEL (_____)

◆ 寄附者の公開について (いずれかに✓印を付して下さい) (日本透析医会のホームページに「寄附者氏名及び寄附金額」を掲載)

同意します 同意しません

◆ 領収書の発行について (いずれかに✓印を付して下さい)

希望します 希望しません

振込日 令和6年 月 日

※ 上記寄附者欄と異なる場合は以下にご記載下さい。

宛名

〒 _____

送付先

TEL： _____ (ご担当者様： _____)

<提出先> 公益社団法人 日本透析医会 事務局 (TEL：03-3255-6471)

FAX：03-3255-6474

E-mail：info@touseki-ikai.or.jp