

ご支援方法

1

## WEBサイトから支援する

WEBサイトにアクセスいただき、クレジットカードまたは銀行振込でお支払いください。

重度障がい者のみんなに、あったかいお風呂を届けたい

<https://readyfor.jp/projects/hakuainoie>

米子 医療的ケア レディーフォー



### ご支援コース一覧

A~Hより、ご希望のコースをお選びください。

リターンの内容は変更になる場合がございます。最新情報はプロジェクトページをご確認ください。

### リターン

| コース | 金額         | 感謝のメール | グループホーム<br>完成見学会のご案内送付<br>(メール) | 博愛病院ホームページへの<br>お名前掲載(希望者のみ) | 博愛子ども発達・在宅支援<br>クリニックホームページへの<br>お名前掲載(希望者のみ) | 「博愛すまいるん」郵送<br>(令和5年新年号から1年間) | 博愛病院広報誌<br>「博愛すまいるん」への<br>お名前掲載(希望者のみ) | 博愛病院広報誌<br>「博愛すまいるん」への<br>お名前掲載(希望者のみ) | 「博愛すまいるん」への<br>お名前掲載(希望者のみ) | 子どもクリニック広報誌<br>「HakuaKids通信」への<br>お名前掲載(希望者のみ) | 浴槽導入後の報告書送付<br>(メール) | 感謝状送付(希望者のみ) |
|-----|------------|--------|---------------------------------|------------------------------|---|-------------------------------|--|--|-----------------------------|--|----------------------|--------------|
| A   | ¥3,000     | ●      |                                 |                              |   |                               |  |  |                             |  |                      |              |
| B   | ¥10,000    | ●      | ●                               | ●                            | ●   |                               |  |  |                             |  |                      |              |
| C   | ¥30,000    | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      |  |                             |  |                      |              |
| D   | ¥50,000    | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      | ●                                      | ●                           |  |                      |              |
| E   | ¥100,000   | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      | ●                                      | ●                           | ●  | ●                    |              |
| F   | ¥300,000   | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      | ●                                      | ●                           | ●  | ●                    | ●            |
| G   | ¥500,000   | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      | ●                                      | ●                           | ●  | ●                    | ●            |
| H   | ¥1,000,000 | ●      | ●                               | ●                            | ●   | ●                             | ●                                      | ●                                      | ●                           | ●  | ●                    | ●            |

ご支援方法

2

## インターネットでのお申込みが難しい方へ

以下の申込書をご提出の上、ご支援金を下記銀行口座にお振込みください。

※お振込みだけではご支援を正常に受理できません。必ず申込書もご提出ください。

### 申込書の送付先

郵送の場合

社会医療法人同愛会  
法人本部  
〒683-0853  
鳥取県米子市両三柳1880

FAXの場合

0859-29-6322

お振込先

金融機関 山陰合同(0167)

支店名 米子(080)

口座番号 普通 4522360

口座名義 イ)ドウアイカイ

### お申込書

必ず全ての項目をご記入ください。不足がある場合、正常にご支援を受理できない、または返礼品をお送りできない場合がございます。

|  |  |  |             |   |  |
|--|--|--|-------------|---|--|
| かな   |  |  |             | ご支援<br>コース  | <input type="text"/> コース <input type="text"/> 口数 |
| 氏名   |  |  |             |   | ※複数口のご支援も可能です                                    |
| 住所   | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |             |   |  |
| 電話番号   |  |  | メール<br>アドレス |   |  |
| リターンによって、病院・クリニックのHP、広報誌にお名前を掲載させていただきます。掲載するお名前をご記入ください。(掲載を希望されない場合は「なし」とご記入ください。) |  |  | 掲載氏名        | リターンによって、感謝状をご送付いたします。希望の有無についてご記入ください。(希望される場合は、いただいた住所にお届けします。) |  |
|  |  |  |             | <input type="checkbox"/> 希望する<br><input type="checkbox"/> 希望しない   |  |

### ご返金先

万が一プロジェクトが不成立だった場合、下記口座にお振込いただいたご支援をご返金いたします。

|      |  |  |      |   |    |
|------|--|--|------|---|----|
| 金融機関 |  |  | 口座番号 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 番号 |
| 支店名  |  |  | 口座名義 |   |    |

### お問い合わせ先

社会医療法人同愛会 法人本部  
クラウドファンディング担当者宛

☎ 0859-29-1100

✉ ght2022@hakuai-hp.jp