



CCAJ

公益財団法人 がんの子どもを守る会  
Children's Cancer Association of Japan

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-3-12  
電話: 03-5825-6311 相談専用: 03-5825-6312  
URL: www.ccaj-found.or.jp/

公益財団法人がんの子どもを守る会の年会費と毎月寄付の支払いは、金融機関口座（銀行・ゆうちょ銀行・信用金庫など）からの自動引き落としを利用してお支払いいただけます。是非ご利用ください。

### お手続きの方法

- ① 下記「毎月の寄付」／「会員」参加申込書（口座振替用）にご記入ください
- ② 別紙「預金口座振替依頼書」にご記入ください
- ③ ①と②を当会まで郵送でお送りください。ご入会の場合は入会申込書もお送りください

送付先 111-0053

東京都台東区浅草橋1-3-12

公益財団法人 がんの子どもを守る会

手続きが完了しましたら、振替開始日を文書にてお知らせいたします

キ リ ト リ

## ◆「毎月の寄付」／「会員」参加申込書（口座振替用）◆

◇基本情報（入会申込書と一緒に提出される場合はお名前だけで結構です）

ふりがな	
氏名	
どちらかに☑を付けてください	
公益財団法人がんの子どもを守る会の	
<input type="checkbox"/> 会員である <input type="checkbox"/> 会員でない 会員番号（                      ）      （ <input type="checkbox"/> 今回入会する <input type="checkbox"/> 入会しない）	
所属	
<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育保育関係 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒
電話番号	— —
e-mail	

◇ご利用内容（該当するものに☑を付けてください）

<input type="checkbox"/> 年会費の支払い（年会費 2000 円）
<input type="checkbox"/> 毎月寄付の支払い
月々の金額 <input type="checkbox"/> 1,000 円 <input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> 3,000 円
<input type="checkbox"/> その他 _____ 円

# 預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書(収加)

※必ずコピーをお持ちください。

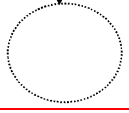
私は、SMBCファイナンスサービス株式会社から請求された金額を私名義の下記口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納代行会社	SMBCファイナンスサービス株式会社	振替日 (払込日)	27日	(金融機関休業日の場合は翌営業日)
--------	--------------------	--------------	-----	-------------------

ゆうちょ銀行以外の銀行またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

ゆうちょ銀行以外の銀行	金融機関コード	支店コード	預金種目 (どちらかに○印)	口座番号 (右詰でご記入ください。)
	銀行信用組合	本店出張所	1. 普通 2. 当座	
ゆうちょ銀行	(フリガナ)	ゆうちょ銀行 お届け印		
	口座名義人	印		
法人の場合は、社名、代表者、役名、氏名を省略せずご記入ください。				
ゆうちょ銀行へお届けの社名、代表者、役名、氏名を省略せずご記入ください。				
種目コード	契約種別コード	通帳記号	通帳番号 (右詰でご記入ください。)	
1 6 6	3 0	1 0	の	
払込先口座番号	0 0 1 1 0 - 5 - 5 8 8 3 0	払込先加入者名	SMBCファイナンスサービス株式会社	

捨印  
ゆうちょ銀行を除く



金融機関へのお届け印ですか  
ご注意ください!

### ＜加盟店使用欄＞

顧客コード(13桁) ※ショップIDを上2桁目からご記入ください	サイトID(13桁) ※上4桁目の数字部分からご記入ください
1 1 0 1 2 6 4 0 0 0 0 1	m s t 0 0 0 0 0 0 3 7 1 4
会員ID(60桁以内)	
BANK201 -	
料金等の種類	会費等
※加盟店様へ 本依頼書は「PGマルチペイメント決済 口座振替サービス」用の口座依頼書となり、弊社(GMO-PG)へのお支払い方法は本依頼書では変更できません。	

収納企業名	GMOペイメントゲートウェイ株式会社	委託者コード	2 7 1 5 1 0 0 0
-------	--------------------	--------	-----------------

### —預金口座振替規定— \*ゆうちょ銀行払いは除く。

- 銀行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引き落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
  - 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してさしつかえありません。
  - この契約を解約するときは、私から銀行(金庫・組合)に書面により届出ます。尚、この申出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
  - この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、銀行(金庫・組合)には迷惑を掛けません。
- ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関使用欄	(不備返却事由)	
	1. 預金(貯金)取引なし 2. 記載事項等相違 店名、預金種目、口座番号、通帳記号、通帳番号、口座名義 3. 印鑑相違 4. その他 ( )	
	備考	
検印	印鑑照合	受付印



(金融機関へのお願い)  
この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに右記不備返却先にご返却下さい。

(不備返却先)  
SMBCファイナンスサービス(株)決済ビジネス事務部  
〒108-6350 東京都港区三田3-5-27 TEL03-5444-1533

◎書類の流れ お客さま→収納企業→SMBCファイナンスサービス→金融機関

# 預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書(収加)

※必ずコピーをお持ちください。

私は、SMBCファイナンスサービス株式会社から請求  
預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座

○印等に漏れが無いかな必ずご確認ください。

収納代行会社	SMBCファイナンスサービス株式会社	振替(社)	
--------	--------------------	-------	--

ゆうちょ銀行以外の銀行またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

ゆうちょ銀行以外の銀行	金融機関コード	支店コード	預金種目 (どちらかに○印)	口座番号 (右詰でご記入ください。)
	三井住友 (フリガナ)	三田通	1. 普通 2. 当座	9 8 7 6 5 4 3
ゆうちょ銀行	口座名義人	シブヤ タロウ	金融機関お届け印	
	口座名義人	渋谷 太郎 (自署)	渋谷 印	
種目コード		契約種別コード	通帳記号	通帳番号 (右詰でご記入ください。)
1 6 6		3 0	1	0
払込先口座番号		0 0 1 1 0 - 5 - 5 8 8 3 0	加入者名	SI

捨印  
ゆうちょ銀行を除く

渋谷

ご注意!  
金融機関への  
お届け印ですか

この欄はがんの子どもを守る会で記入します。何も記入しないでください。

<加盟店使用欄>

顧客コード(13桁) ※上2桁目からご記入ください	サイトID(13桁) ※上4桁目の数字部分からご記入ください
1 1 0 1 2 6 4 0 0 0 0 1	m s t 0 0 0 0 0 0 3 7 1 4
会員ID(60桁以内)	
BANK201 -	
料金等の種類	会費等
※加盟店様へ 本依頼書は「PGマルチペイメント決済 口座振替サービス」用の口座依頼書となり、弊社(GMO-PG)へのお支払い方法は本依頼書では変更できません。	

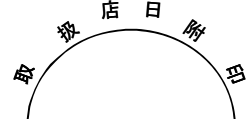
収納企業名	GMOペイメントゲートウェイ株式会社	委託者コード	2 7 1 5 1 0 0 0
-------	--------------------	--------	-----------------

—預金口座振替規定— \*ゆうちょ銀行払いは除く。

- 銀行(金庫・組合)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引き落としのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行(金庫・組合)に書面により届出ます。尚、この申出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、銀行(金庫・組合)には迷惑を掛けません。

ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関使用欄	(不備返却事由)	
	1. 預金(貯金)取引なし 2. 記載事項等相違 店名、預金種目、口座番号、通帳記号、通帳番号、口座名義 3. 印鑑相違 4. その他 ( )	
	備考	
検印	印鑑照合	受付印



(金融機関へのお願い)  
この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に不備がありましたら、不備返却事由欄の該当項目に○印をつけて速やかに右記不備返却先にご返却下さい。

(不備返却先)  
SMBCファイナンスサービス(株)決済ビジネス事務部  
〒108-6350 東京都港区三田3-5-27 TEL03-5444-1533

◎書類の流れ お客さま→収納企業→SMBCファイナンスサービス→金融機関

**CCAJ**公益財団法人 がんの子どもを守る会  
Children's Cancer Association of Japan〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-3-12  
電話: 03-5825-6311 相談専用: 03-5825-6312  
URL: www.ccaj-found.or.jp/

## ◆入会申込書◆ (入会をご希望の方のみご記入ください。毎月の寄付のみの方は不要です)

ふりがな	
氏名	
<input checked="" type="checkbox"/> を付けてください 公益財団法人がんの子どもを守る会に <input type="checkbox"/> 入会します	
所属 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 福祉関係 <input type="checkbox"/> 教育保育関係 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒
電話番号	— —
e-mail	

患者情報 (患者本人、患者家族のみ) ※当会で相談をお受けするときの参考にさせていただきます。

ふりがな	
氏名	(男・女)
生年月日	(西暦) 年 月 日 歳
病名	
病院名	( 科)
現在の状況 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了 (治療終了後____年____か月) <input type="checkbox"/> 西暦____年____月____日 ____歳 死亡

アンケート (該当するものにを付けてください)

公益財団法人がんの子どもを守る会を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 病院のソーシャルワーカーから <input type="checkbox"/> (同じ病院の) 親から <input type="checkbox"/> 保健所や県庁などの行政窓 <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> TV・ラジオ <input type="checkbox"/> 家庭医学書など <input type="checkbox"/> 書籍 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ( )
入会の動機 <input type="checkbox"/> 情報を得るため <input type="checkbox"/> 交流会・相談会・講演会に参加するため <input type="checkbox"/> 「のぞみ」を購読するため <input type="checkbox"/> 心理・精神的なサポートを求めて <input type="checkbox"/> 療養助成を受けて <input type="checkbox"/> 相談にのってもらうため <input type="checkbox"/> 会の活動に賛同して <input type="checkbox"/> 医療関係者として支援するため <input type="checkbox"/> 教育・保育関係者として支援するため <input type="checkbox"/> 福祉関係者として支援するため <input type="checkbox"/> 友人・知人として支援するため <input type="checkbox"/> その他 ( )