

共済期間10/1以降分

加入年度 **29 安 27099**

必ず振込日前の日付を記入してください。 **平成 年 月 日**

一般財団法人大阪府子ども会育成連合会理事長 様
 公益社団法人全国子ども会連合会会長 様

市町村
 ご連名称 _____

所在地 _____ **子ども会事務局の所在地です**

代表者名 _____ **団体代表者の方になります** 印

5ケタの市町村番号

大阪府子ども会安全共済会・全国子ども会安全共済会申込書 () 年度分

1. 申込者数および会費

区 分		府こ連安全共済会		全子連安全共済会	
こども会員	幼児	幼児の加入については、年齢を確認してください。		名	
	小学生	名		名	
	中学生	名		名	
大人	高校生	名		名	
	指導者	名		名	
	育成者	名	名	名	名
計		(a) 300 円 × 名 (共済掛金150円・その他会費150円)	円	(b) 60 円 × 名 (共済掛金40円・全子連運営費20円)	円
会費総額		(a) + (b)		円	

2. 添付書類 ----- (1) 加入単位一覧表 (2) 加入者名簿

府こ連記入欄

受付番号	
受付印	受領印

府こ連安全共済会
 全子連安全共済会

会費総額のうち府こ連に振込む金額は、
 ※府こ連安全共済会：(150+120) × 人数 (なお、@30市町村こ連協力金 × 人数は差し引いて振込んでください。)
 ※全子連安全共済会：@60 × 人数

(銀行振込 ・ 郵貯払込 ・ 現金)

取扱責任者 _____ 印

3枚複写で府こ連保存用(白)全子連保存用(白)市町村こ連保存用(白)があります。
 3枚とも府こ連へ提出してください。

<個人情報の取扱いについて>
 本共済契約に関する個人情報は、一般財団法人大阪府子ども会育成連合会および公益社団法人全国子ども会連合会が共済引き受け審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
 ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。