

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

<加入申込書>

(提出日) 令和 〇 年 4 月 20 日

公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」 令和 _____ 年度分として申し込みます。

申込後に変更が生じた場合は
<共済様式>07変更届をご
提出願います。

新規	<input checked="" type="radio"/>
追加	<input type="checkbox"/>

該当に「〇」表示を記入願います。

市区町村等子連	文京市子ども会育成連絡協議会	
学区・地区	大塚地区	
単位子ども会番号 (フリガナ)	001-001-001 オオツカコドモカイ	
単位子ども会 (フリガナ)	大塚子ども会	
代表者	オオツカ イチロウ 大塚 一郎	
連絡先	住所	〒 000-1111 子ども県文京市大塚町1-6
	電話番号	0XX1-23-1234
子ども会会長名	大塚 さくら (小)・中) 6 学年	

代表者が自署の場合は
押印不要です。

1.加入者

人 数	学 生	中 学 生	高 校 生 等	育 成 者 等	合 計
	5 名	25 名	5 名	2 名	13 名
	(うちジュニアリーダー数)	3 名	1 名		4 名

高校生等→高校生・高校年齢相当 育成者等 → 育成者・指導者・事務局職員

2.共済掛金等

送金額 (㊦)	7,500 円	送金(納金)予定日	4月25日
---------	---------	-----------	-------

㊦ 安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

3.加入者名簿 1

No.	氏 名	種 別					学 年	3 歳 以下	同 伴 保 護 者 No.
		幼	小	中	高	育			
1	AA	1					1	38	
2	AB								
3	AC								
4	AD								
5	AE								
6	AF						1		
7	AG		1				1		
8	AH		1				1		
9	AI		1				1		
10	AJ		1				2		

送金金額は、安全共済会、
県子連等会費の合計額に
なります。
金額は県子連等により違
いますので詳細は所属の
市区町村等子連にご確認
ください。

No.	氏 名	種 別					学 年	3 歳 以下	同 伴 保 護 者 No.
		幼	小	中	高	育			
11	AK		1				2		
12	AL								
13	AM								
14	AN		1				2		
15	AO		1				3		
16	AP								
17	AQ								
18	AR								
19	AS		1				4		
20	AT		1				4		

種別欄・3歳以下欄は「1」また
は「〇」「*」等で表示願います。

パソコン等で作成する際に漢字変
換で該当の漢字が表示されない場
合は「ひらがな」で入力して作成
してください。

加入者が20名超となる場合は<共済様式>04 加入者名簿2に超過分をご記入願います。

年齢は申込日に関係なく4月1日現在で記入ください。

就学前3年以下の幼児(4月1日現在で満3歳以下)は同伴保護者の同時加入が必須です。

令和6年4月改訂

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、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、業務委託先、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。