

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

都道府県・指定都市子連使用欄	
契約者コード	

## 共済契約申込書

市子連会長印  
自署の場合は押印不要

団体名 (市区町村等子連)	愛知県子ども会連絡協議会	
(フリガナ) 代表者	アイチ タロウ 愛知 太郎	
団体住所	〒 000-0000 愛知県名古屋市〇〇区 〇〇町 〇〇番 〇〇号	
連絡先電話番号	0XX-890-1234	
書類送付先住所	〒 000-1111 愛知県〇〇市〇〇町〇〇	
宛 名	愛知 花子様方	
連絡先電話番号	0XX-123-4567	
連絡用メールアドレス	aitikenkoren@aichi-fukushi.or.jp	

共済約款を承認し、次のとおり共済契約を申し込みます。

1. 申込日 令和 5 年 3 月 25 日

2. 被共済者の加入予定人数 1,500 名

3. 共済掛金等の予定金額

共 済 掛 金 50円 予 定 人 数 合 計 金 額  
 全 子 連 運 営 費 20円 70 円 × 1,500 = 105,000 円

4. 共済証書交付の有無

どちらかに✓してください。✓がない場合は共済証書の交付はいたしません。

- 共済証書の交付を希望します。  
 共済証書の交付を希望しません。

【注意事項】

[4月1日加入]

- ① 本様式(共済契約申込書)を3月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
- ② 次の書類を5月末日までに都道府県・指定都市子連に提出願います。
  - (1) 加入申込書 <共済様式>03
  - (2) 加入者名簿2 <共済様式>04
  - (3) 年間行事計画書 <共済様式>05
- ③ 5月末日までに共済掛金等を都道府県・指定都市子連に振込み願います。

4月1日付けで加入を希望の場合は、**3月31日までに本様式を提出していただき、②の書類の提出と会費を5月末日までに振り込んでください。**

<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。