

**本様式および共済掛金等は所属の市区町村等子連へ提出・送金願います。**

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

**共済掛金等報告書(ネット加入用)**

・この様式はネット加入専用です。  
 ・原本の提出は必要ありません。  
 ・メールまたはFAX、郵送にて提出してください。

(提出日) 令和 6 年 4 月 28 日

市区町村等子連	〇〇市子ども会育成連絡協議会
単 位 子 ども 会	〇〇子ども会
単 位 子 ども 会 番 号	001
担 当 者	愛知 共子
連絡先電話番号	0XX-789-0123

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

該当に「〇」表示を記入願います。

共済掛金等を下記のとおり報告いたします。  
 加入者情報・年間行事計画・定例活動はネット加入登録のとおりです。

1. 今回加入者数

100	名
-----	---

2. 今回加入者の登録日

4月10日	～	4月15日	詳細な日付を記入してください。
-------	---	-------	-----------------

3. 共済掛金等(今回加入者分)

送金額(㊿)	12,000	送金(納金)日	4月27日
	円		

㊿ 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。

【累計加入状況】

種 別	幼児	小学生	中学生	高校生等	合計
人数	20	40	5	5	30
名	名	名	名	名	名
年齢相当					
育成者等					
→ 育成者・指導者・事務局職員					
人数			5	5	10
名			名	名	名

実際に单子から市町村子連へ送金する額(120円×人数)と送金日を記入してください。

市町村子連は、ハンマーヘッドと同じ累計数である事を確認してください。

〈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。