

(様式 第1号)

| | | | | | | | | | | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|-------------|--|--------|--|--|
| 会 長 | | 副 会 長 | | 局 長 | | 局 次 長 | | 係 員 | | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|-------------|--|--------|--|--|

共済契約申込書

年 月 日

公益社団法人千葉県社会福祉事業共助会会長様

千葉県社会福祉事業共助会退職共済規程を承諾のうえ申込をいたします。

| | | | | |
|---|-----------------------|--|----------------------|--|
| 申込者 (事業主) | 加入年月 | 令和 年 月 | | |
| | 法人別種別 | <input type="checkbox"/> 社福 <input type="checkbox"/> 財団 <input type="checkbox"/> 社団 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 法人名 | フリガナ | TEL | |
| | 法人代表者氏名 | フリガナ | 印 FAX | |
| | 所在地 | 郵便番号 | <input type="text"/> | |
| 委任状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 施設・ 団体 | 施設・団体名 | フリガナ | TEL | |
| | 施設・団体の長 (所属長)氏名 | フリガナ | 印 FAX | |
| | 所在地 | 郵便番号 | <input type="text"/> | |
| | 業種別 | <input type="checkbox"/> 保育 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 各種団体 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 老人福祉 <input type="checkbox"/> 身体・知的障害者 <input type="checkbox"/> NPO | | |
| 送付先住所 | 送付先名称 | | TEL | |
| | ※必要であれば記入 宛名(担当者等) | | FAX | |
| | 所在地 | 郵便番号 | <input type="text"/> | |
| 掛金引落・貸付金引落口座 | | 貸付金引落口座(掛金口座と別に登録する場合) | | |
| 銀行名 | | 銀行名 | | |
| 支店名 | | 支店名 | | |
| 口座番号 | 普・当 | 口座番号 | 普・当 | |
| 口座名義 | | 口座名義 | | |

契約締結にあたっての確認事項

- ・共助会の退職共済金は、各契約者が就業規則や労働契約書に基づき従事者に支払うものです。
- ・共助会は、各契約者からの預託を受けて運用と退職共済金の支払いを行います。

共済契約申込書(様式第1号)記入例

共助会にご加入を希望する場合に、事業主様が共助会へご提出していただく書類です。

法人名を必ず記入してください。

施設・団体でご加入の場合、共助会事務関連について法人からの委任状が必要です。

法人名でご登録の場合は法人名を、施設・団体名でご登録の場合は施設・団体名をご記入ください。

共助会からの送付物(請求書等)の宛先が施設・団体住所と異なる場合はその名称住所をご記入ください。なお、福利厚生関連のご案内等は各施設・団体宛てに送付しております。

この書類を作成した年月日を記入してください。

法人代表者印を押してください。

法人代表者または施設・団体長の印を押してください。

TEL・FAXは市外局番から記入してください

掛金等は口座引落しになります。また、貸付制度をご利用の場合は、給与天引きで対応していただきますので貸付金引落口座の設定が必要です。口座振替依頼書を2部ご提出いただきます。

(様式 第1号)

| | | | | | | | | | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|-------------|--|--------|--|
| 会 長 | | 副 会 長 | | 局 長 | | 局 次 長 | | 係 員 | |
|--------|--|-------------|--|--------|--|-------------|--|--------|--|

共済契約申込書

4 年 4 月 6 日

公益社団法人千葉県社会福祉事業共助会会長様
千葉県社会福祉事業共助会退職共済規程を承諾のうえ申込をいたします。

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------|---|------------|
| 申 込 者 (事 業 主) | 加入年月 | 令和 4 年 4 月 | |
| | 法人別種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 社福 <input type="checkbox"/> 財団 <input type="checkbox"/> 社団 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 法人名 | ちばみなとふくしかい (福)ちばみなと福祉会 | |
| | 法人代表者氏名 | ちば たろう 千葉 太郎 | |
| 所在地 | 郵便番号 | 2 2 2 2 2 2 2 | |
| | フリガナ | 千葉市中央区千葉港4-10 | |
| 委任状 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 施 設 ・ 団 体 | 施設・団体名 | ちばみなと園 | |
| | 施設・団体の長(所属長)氏名 | 千葉 花子 | |
| | 所在地 | 郵便番号 2 6 0 1 2 3 0 フリガナ 千葉市中央区富士見3-14-1 | |
| | 業種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 保育 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 各種団体 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 老人福祉 <input type="checkbox"/> 身体・知的障害者 <input type="checkbox"/> NPO | |
| 送 付 先 住 所 | 送付先名称 | (福)ちばみなと福祉会 | |
| | ※必要であれば記入宛名(担当者等) | 法人本部 | |
| | 所在地 | 郵便番号 2 6 0 0 0 0 0 千葉市中央区千葉港4-10 | |
| 掛金引落・貸付金引落口座 | | 貸付金引落口座(掛金口座と別に登録する場合) | |
| 銀行名 | 千葉銀行 | 銀行名 | 千葉銀行 |
| 支店名 | 本店営業部 | 支店名 | 本店営業部 |
| 口座番号 | 普当 1111111 | 口座番号 | 普当 2323232 |
| 口座名義 | (福)ちばみなと福祉会 法人本部 | 口座名義 | ちばみなと園 施設長 |

契約締結にあたっての確認事項
 ・共助会の退職共済金は、各契約者が就業規則や労働契約書に基づき従事者に支払うものです。
 ・共助会は、各契約者からの預託を受けて運用と退職共済金の支払いを行います。