（様式第6号）

常務理事	局長	局次長	係員	

施設・団体契約申込書

記入日　西暦 20××年 1 月 1 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会 会長
千葉県社会福祉事業共助会退職共済規程を承諾のうえ、下記のとおり、施設・団体契約の申込をします。

共済契約者（法人）				法人代表者印(公印)
法人名	社会福祉法人　千葉福祉会			社会福祉法人千葉福祉会理事長之印
代表者職種	理事長	代表者氏名	共済　太郎	

申込者（施設・団体）							
施設・団体名カナ	トクベツヨウゴロウジンホーム　チバミナト						
施設・団体名漢字	（特養）千葉みなと						
業種	☑	老人福祉施設	☐	身体・知的障害施設	☐	保育所・認定こども園	
	☐	児童福祉施設	☐	社会福祉協議会	☐	特定非営利活動法人	
	☐	医療施設	☐	各種団体			施設代表者印(公印)
代表者職種	施設長						社会福祉法人千葉福祉会理事長之印
代表者氏名	千葉　花子						
事務担当者メールアドレス	test@kyosai.or.jp						

※ メールアドレスについては、実際に共助会の事務を担当する方のメールアドレス等を記入してください。

【施設・団体所在地】

郵便番号	1 2 3 − 4 5 6 7		
住所	千葉県千葉市中央区千葉港1-2-3		
電話番号	043-123-4567	FAX番号	043-987-6543

【送付先】

同上	☐	※ 上記施設・団体名、所在地と同じ場合は「同上」にレ点チェックしていただくことで、記入は省略可能です。	
送付先名称	相談支援センターみなと		
郵便番号	9 8 7 − 6 5 4 3		
住所	千葉県千葉市中央区みなと町9-8-7		
電話番号	043-345-6789	FAX番号	043-987-1234

※ 別途、口座振替依頼書のご提出が必要になります。必ず共助会へお問合せください。

掛金・貸付金引落口座																										
銀行コード	0	0	0	0	銀行名	共済銀行																				
支店コード	0	0	0	／	支店名	本店営業部																				
口座番号	普通（○）・当座　（いずれかに○）					1	2	3	4	5	6	7	※口座番号は右詰めでご記入ください。													
口座名義カナ	フ	ク	）	チ	ハ゛	フ	ク	シ	カ	イ	（	ト	ク	ヨ	ウ	）	チ	ハ゛	ミ	ナ	ト	シ	セ	ツ	チ	ヨ	ウ	チ

2507