

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。

法人代表者印(公印)
社会福祉法人千葉福祉会理事長之印

共 済 契 約 者 (法人)			
法人名	社会福祉法人 千葉福祉会		
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	
代表者職種	施設長				
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				

施設代表者印(公印)
社会福祉法人千葉福祉会理事長之印

※ 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	シャ)	チハ	フクシカイ	(トクヨウ)	チハ	ミナトシセツ	チヨウチ		