

FAX番号：045-313-0737

(福)神奈川県社会福祉協議会 福祉サービス推進部 社会福祉施設・団体担当 行



平成29年度民間社会福祉施設賠償責任保険

< 加入申込書 >

【加入期間：平成 年 月 1日～平成30年4月1日】

(↑ご記入ください)

- (1) 本申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡ください。
- (2) 申込受付後に請求書を送付いたしますので、必ず期日までに保険料をお支払いください。
(期日までに所定の保険料を支払われたのち補償対象となります。)

保険内容及び「補償の内容」を受領・確認し<個人情報の取扱いについて>に同意のうえ、保険契約の加入を申し込みます。

※同一施設(所在地も同じ)にて複数の種別を実施の場合は、種別の後ろカッコ()内に各定員数を記入してください。

施設種別記入例：
就労移行支援(5)、
就労継続支援B型(20)

加入者情報	施設名		施設種別※	
	住所	〒 -		
	定員数 (複数種別ある場合はその合計人数を記入)	名	(定員数) ×	円 = 年間保険料
	運営主体 (代表者名)			
	連絡先	TEL	FAX	
※請求書送付先	施設または団体名			
	ご担当者氏名			
	住所	〒 -		
	連絡先	TEL	FAX	
	※請求書の宛名	施設名を希望：□ 運営主体(法人名)を希望：□ その他：□ ()		

※請求書宛名は、送付先の施設名または団体名のいずれかにチェックまたは具体的にご記入ください。

※所在地の異なる事業所は、所在地毎に別にお申込みください。