



# ボランティア保険加入申込票のご記入方法の変更について

加入申込票の「団体名および代表者」欄および「押印」欄の様式の変更に伴い、法人以外の団体やグループ、個人でご加入時の記入方法をご案内します。〔法人の場合は、裏面をご参照ください〕

## 法人以外の団体やグループ、個人の場合

- ①「団体名および代表者名」欄⇒団体名のご記入と代表者名をフルネームでご署名ください。
- ②「押印」欄⇒「団体名および代表者名」欄が代表者の自署の時は、押印欄は不要です。団体名および代表者名が記名(ゴム印等)の場合には、押印欄に代表者のフルネームでご署名をお願いします。

### 【ご記入例:その1】「団体名および代表者名」欄が自署の場合

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)		申込日	20	年	月	日
--------------------------------------	--	-----	----	---	---	---

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱に同意のうえ加入を申し込みます。 (詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

団体名および代表者名を自署してください。

代表者名が自書の場合、押印欄は不要です。

### 【ご記入例:その2】「団体名および代表者名」欄が記名(ゴム印等)の場合

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)		申込日	20	年	月	日
--------------------------------------	--	-----	----	---	---	---

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを お願い致します。 → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報取扱に同意のうえ加入を申し込みます。 (詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

団体名および代表者名は、ゴム印等を使用していただけるとも可能です。

この場合は、代表者名をフルネームでご署名してください。(代表者認印の押印でも可)

ご記入方法のご不明な方は、下記までお問い合わせください。

ボランティア保険・福祉行事保険・まごころワイド 取扱代理店

**株式会社エスアールエム 福祉の保険係**

〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A

**TEL:075-255-0883 FAX:075-255-0882**

# ボランティア保険加入申込票のご記入方法の変更について

加入申込票の「団体名および代表者」欄および「押印」欄の様式の変更に伴い、法人でご加入時の記入方法をご案内します。（法人以外の団体やグループ、個人の場合は、裏面をご参照ください）

## 法人[社会福祉法人、株式会社、有限会社、NPO法人、地方公共団体等]の場合

①「団体名および代表者名」欄⇒法人名、役職名、代表者名をご記入ください。（ゴム印可）

※法人内の施設や事業所、部署等の単位でご加入の場合は、施設、事業所、部署等の代表者で加入できます。

例：「社会福祉法人□□□ ○○施設長 □□ △△」「京都市□□部 ○○課長 □□ △△」  
「株式会社○○ ボランティアの会 会長 □□ △△」

②「押印」欄⇒下表 A.～F. の印鑑の押印もしくはご署名をお願いします。

A.法人の代表者印 〔法人名+役職名のついたもの〕	B.社印(角印) 〔法人名のみもの〕	C.代表者の個人印 〔認印〕
D.申込手続きをされた方の 個人印(認印)	E.代表者のご署名 〔ご印鑑をお持ちでない場合〕	F.申込手続きをされた方のご署名 〔ご印鑑をお持ちでない場合〕
	フルネームでご署名 三住 太郎	フルネームでご署名 森 次郎

【ご記入例:その1】 押印の場合 （ご印鑑をお持ちでない場合は、ご記入例:その2へ）

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日	20 年 月 日
--------------------------------------	-----	----------

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

上表のA.～D.いずれかの印鑑を押印ください。(2,3枚目にも押印ください。)

法人名、役職名、代表者名をご記入ください。〔ゴム印可〕

【ご記入例:その2】 ご署名の場合(ご印鑑をお持ちでない場合)

<b>ボランティア保険加入申込票</b> (ボランティア活動保険)	申込日	20 年 月 日
--------------------------------------	-----	----------

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名 (記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前	森 次郎	申込手続きをされた方の連絡先	

上表のE.F.いずれかの方が、フルネームでご署名ください。

法人名、役職名、代表者名をご記入ください。〔ゴム印可〕

# 【ボランティア保険】事故報告書(兼)証明書

連事  
絡故  
先時

取扱代理店(株)エスアールエム  
TEL:075-255-0883  
FAX:075-255-0882

三井住友海上火災保険株式会社 御中

事故日時	20 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前 / <input type="checkbox"/> 午後		時	分頃
事故発生場所	住所			
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( 警察署)			
事故状況	(できるだけ詳しくご記入ください)			
-----				
-----				
-----				
被保険者 ■傷害事故 の受傷者 ■賠償事故 の加害者	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	年 月 日 ( 才)		
	住所	〒 -	電話	( )

※該当する保険金のどちらかにご記入ください

傷害保険金	負傷部位及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日	
	受診医療機関	名称	住所	電話	( )
		フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日
		住所	〒 -	電話	( )
賠償保険金	負傷部位及び形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> キリキズ <input type="checkbox"/> スリキズ <input type="checkbox"/> 断裂 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(単純) <input type="checkbox"/> 骨折(複雑) <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	治療費	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	治療見込日数	<input type="checkbox"/> 通院 日 / <input type="checkbox"/> 入院 日	
	受診医療機関	名称	住所	電話	( )
対物	被害物	被害程度	被害物の購入年月	20 年 月	
	修理業者	名称	住所	電話	( )

事故証明者	20 年 月 日 上記事故は事実には相違ありません。			
被保険者 本人以外	団体名	氏名	(印)	
	住所 〒 -	電話	( )	

被保険者の 保険加入状況	登録番号	加入団体名	
今回の事故でその他の保険金請求がある場合ご記入ください			
<input type="checkbox"/> 福祉行事保険 (団体名		<input type="checkbox"/> その他 ( )	


# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		 保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続をされた方のお名前		申込手続をされた方の連絡先	

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数 人	円

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。  
 \*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただく場合があります。

●この加入申込票は、保険料のお振り込  
 手続後、2枚目(青色)に保険料のお支  
 払い控え(コピー可)を貼付のうえ、加入者  
 名簿とともにすみやかにご提出ください。

●3枚目(白色)はお客様控えになっていま  
 す。ボランティア保険ご加入の証明とも  
 なりますので、保険料お支払い控えとと  
 もに大切に保管してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 <input checked="" type="checkbox"/> 「あり」 → 「あり」の場合 回

代理店・扱者 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 <b>三井住友海上火災保険株式会社</b> 社会福祉法人 京都市社会福祉協議会
〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6294/FAX:075-252-6310	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	社会福祉協議会 (担当者)
-----	----------	-------	----------------------------	------	------------------

①受付社協控え

# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		印 <small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)</small>
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続をされた方のお名前		申込手続をされた方の連絡先	

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数 人	円

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。  
\*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただく場合があります。

ここに  
保険料お支払いの控えを  
必ず貼付してください。  
(コピー可)

(注意)  
貼付のないものに関しては  
加入申込票として  
認められませんので  
必ず貼付してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管ください。

代理店・扱者 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6294/FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上の梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	社会福祉協議会 (担当者)
-----	----------	-------	----------------------------	------	------------------

②(株)エスアールエム控え

# ボランティア保険加入申込票

(ボランティア活動保険)

申込日

20 年 月 日

【ご注意】 加入申込票(付属書類を含みます。)には事実を正確にご回答(記入)ください。※印の項目はご加入に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)であり、ご回答内容が事実と相違する場合はご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答(記入)ください。

申込区分	<input type="checkbox"/> 初回申込 (純新規・年度初回) *加入登録票をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 年度内の追加申込	登録番号	登録番号が不明の場合はこちらにチェックを → <input type="checkbox"/>
団体名および代表者名(記名被保険者)	法人の場合は記名・押印ください。(個人の場合はフルネームでご署名ください。)		印 <small>保険契約の重要な事項に関する説明書類を受け取るとともに、申込内容が意向に沿ったものであることを確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。(詳細はパンフレットをご参照ください。)</small>
振込日	20 年 月 日	保険期間	20 年 月 日 ~ 20 年 3月 31日 *振込日翌日以降の日付をご記入ください。
申込手続きをされた方のお名前		申込手続きをされた方の連絡先	

プラン	保険料	人数	合計保険料
基本コース	S 250円/1名	× ※ 人	円
	A 300円/1名	× ※ 人	円
	B 500円/1名	× ※ 人	円
天災コース	S 450円/1名	× ※ 人	円
	A 600円/1名	× ※ 人	円
	B 1,100円/1名	× ※ 人	円
		合計人数	人 円

\*代表者名、郵送物の送付先などに変更がある場合は別紙「福祉の保険」加入登録票をご提出ください。  
\*ご記入いただいた連絡先に「福祉の保険」に関するご案内情報提供などさせていただく場合があります。

本票はお客様控えです。  
ボランティア保険ご加入の証明ともなりますので、  
保険料お支払いの控えとともに  
大切に保管してください。

【※他の保険契約】 この保険契約で保険金のお支払対象となる損害を補償する他の保険契約等がある。(「あり」のときは下欄に記入。記入がない場合は「なし」となります。)

会社名	保険種類
保険金額・支払限度額	過去3年間における事故 あり → 「あり」の場合 回

代理店・扱者 株式会社エスアールエム 〒604-8151 京都市中京区蛸薬師通烏丸西入橋弁慶町227 第12長谷ビル6F-A TEL:075-255-0883/FAX:075-255-0882	引受保険会社 三井住友海上火災保険株式会社
社会福祉法人 京都府社会福祉協議会 〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375 ハートピア京都 TEL:075-252-6294/FAX:075-252-6310	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅津町83-1「ひとまち交流館京都」3階 TEL:075-354-8735/FAX:075-354-8738

受付日	20 年 月 日	カード配布	<input type="checkbox"/> 済	受付社協	社会福祉協議会 (担当者)
-----	----------	-------	----------------------------	------	---------------

③お客様控え





# 『福祉の保険』加入登録票について

初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には、『福祉の保険』加入登録票のご提出をお願いいたします。

- ◎ 加入者の皆様に、より安心して福祉(ボランティア)活動を行っていただけるよう、『福祉の保険』(ボランティア保険・福祉行事保険)の加入者(団体)の活動状況・加入状況をシステム管理しております。
- ◎ 加入団体が同一の場合、登録番号はボランティア保険と福祉行事保険で共通の番号となっております。加入年度が変わっても登録番号は変更ありません。

## 『福祉の保険』加入登録票記入例

### 『福祉の保険』加入登録票記入例 / 加入者が団体(グループ)の場合

◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

『福祉の保険』加入登録票		申込日	20XX年 3月 15日
年度	登録区分		登録番号
20XX年度	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込 <small>全項目をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 純新規 <input checked="" type="checkbox"/> 年度初回	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>
加入者 加入者名	フリガナ	NPOホウジン ボランティアグループ フクシ	
	正式名称	NPO法人 ボランティアグループ 福祉	
	法人格	法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。 (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし	
	代表者	役職 代表	氏名 安心 太郎
	事務担当者	役職 会計	氏名 保険 花子
	住所	下記の住所は <input type="checkbox"/> 代表者 <input checked="" type="checkbox"/> 事務担当者の住所です(どちらかに○してください) 〒123-4567 京都市〇〇区〇〇町〇〇番地 〇〇マンション〇〇号室 <small>どなたかの自宅の場合</small> 保険 花子 様方	
	TEL	123-456-7890	FAX 987-654-3210
E-mail	fukushi@△△△.com <small>このアドレスの使用者のお名前( 保 険 花 子 )</small>		
通信先	通信先名		
	通信先住所	〒	
	通信先 TEL		通信先 FAX

\*ご記入いただいた連絡先に『福祉の保険』に関するご案内、情報提供などをさせていただきます。ご了承ください。

\*上記以外を郵送先・連絡先に指定される場合のみご記入ください。

通信先欄未記入の場合、(株)エスアールエムからの送付物の宛名は

〒123-4567  
京都市〇〇区〇〇町〇〇番地  
〇〇マンション〇〇号室  
保険 花子様方  
NPO法人ボランティアグループ 福祉  
代表 安心 太郎 様

となります。

登録住所が事務担当者等の自宅の場合、こちらに補記をお願いします。

登録住所以外を通信先に指定される場合は、こちらにご記入をお願いします。

### 『福祉の保険』加入登録票記入例 / 加入者が個人の場合

◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

『福祉の保険』加入登録票		申込日	20XX年 3月 15日
年度	登録区分		登録番号
20XX年度	<input checked="" type="checkbox"/> 初回申込 <small>全項目をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 純新規 <input checked="" type="checkbox"/> 年度初回	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>
加入者 加入者名	フリガナ	アノシン ノブオ	
	正式名称	安心 信男	
	法人格	法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。 (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし	
	代表者	役職	氏名
	事務担当者	役職	氏名
	住所	下記の住所は <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 事務担当者の住所です(どちらかに○してください) 〒123-4567 京都市××区××町××番地 ××マンション××号室 <small>どなたかの自宅の場合</small> 様方	
	TEL	456-123-7890	FAX 654-987-3210
E-mail	anshin@△△△.com <small>このアドレスの使用者のお名前( 安 心 信 男 )</small>		

\*ご記入いただいた連絡先に『福祉の保険』に関するご案内、情報提供などをさせていただきます。ご了承ください。

個人名・ご自宅住所をご記入ください。

#### 追加のお申し込みの場合

申込書類は京都府内の各市区町村社会福祉協議会 ボランティアセンター窓口にてご入手ください。

申込書類は(株)エスアールエムホームページより作成することができます。申込書類作成はこちら。

<https://srm.moushikomi.jp/>



◎ボランティア保険、福祉行事保険の初回申込時またはご登録いただいている内容に変更が生じた場合には必ずご提出ください。

<b>『福祉の保険』加入登録票</b>	申込日	20 年 月 日
---------------------	-----	----------

年度	登録区分	登録番号
年度	<input type="checkbox"/> 初回申込 ( <input type="checkbox"/> 純新規 <input type="checkbox"/> 年度初回 ) <small>全項目をご記入ください。</small>	<input type="checkbox"/> 登録内容の変更 <small>変更箇所のみご記入ください。</small>
		* 番号がある場合は必ず記入してください。

<b>加入申込者</b>	加入者名 (団体名)	フリガナ			
		正式名称			
	<b>法人格</b>	法人格にあてはまる記号を○で囲んでください。 (A)NPO法人 (B)社会福祉法人 (C)社団法人 (D)財団法人 (E)その他の法人 (F)なし			
	<b>代表者</b>	役職	氏名		
	<b>事務担当者</b>	役職	氏名		
	<b>住所</b>	下記の住所は <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 事務担当者 の住所です (どちらかに☑してください)			
		〒 _____ <div style="text-align: right;">どなたかの自宅の場合 様方</div>			
<b>T E L</b>		<b>F A X</b>			
<b>E-mail</b>	このアドレスの使用者のお名前( )				

\*ご記入いただいた連絡先に『福祉の保険』に関するご案内、情報提供などをさせていただく場合があります。

\*上記以外を郵送先・連絡先に指定される場合のみご記入ください。

<b>通信先</b>	通信先名			
	通信先住所	〒 _____		
	通信先TEL		通信先FAX	

\*活動状況を、必ずご記入ください。

<b>活動状況</b>		主な活動地域がある場合ご記入ください。		年間活動日数	日
	<b>主な活動地域</b>	京都市内	区		
		京都府下	市・町		
		京都府外	都・道・府・県		
<b>活動分野</b>	実際の活動実態に基づいてあてはまる項目に☑してください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障害児・障害者福祉 <input type="checkbox"/> 子ども・青少年福祉 <input type="checkbox"/> 子育てサポート <input type="checkbox"/> 保健・医療 <input type="checkbox"/> 地域・まちづくり <input type="checkbox"/> 文化、観光、芸術 <input type="checkbox"/> スポーツ・レクリエーション推進活動 <input type="checkbox"/> 国際交流・協力 <input type="checkbox"/> 自然環境保全 <input type="checkbox"/> 災害救援 <input type="checkbox"/> 地域安全 <input type="checkbox"/> 社会教育 <input type="checkbox"/> 人権・平和 <input type="checkbox"/> 市民活動支援 <input type="checkbox"/> 政策提言、行政監視 <input type="checkbox"/> 男女共同参画 <input type="checkbox"/> IT、情報化 <input type="checkbox"/> 雇用、労働 <input type="checkbox"/> 消費者保護 <input type="checkbox"/> セルフヘルプグループ <input type="checkbox"/> その他の活動				
<b>活動内容</b>	活動内容について、具体的にお書きください。				

注)3枚目(白色)はお客様控えになっています。お客様のお手元に保管ください。

<b>受付日</b>	20 年 月 日	<b>受付社協</b>	(担当者: 社会福祉協議会)
------------	----------	-------------	----------------