

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

<加入申込書>

(提出日) 令和 5 年 4 月 7 日

公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」 令和 5 年度分として申し込みます。

※育成会代表者は必ず加入してください。

新規	<input checked="" type="radio"/>
追加	<input type="radio"/>

該当に「O」表示を記入願います。

マンション等の場合は、部屋番号を記入

市区町村等子連	長崎市子ども会育成連合会	
学区・地区	桜町小学校 (小学校区を記入)	
単位子ども会番号 (フリガナ)	422010002(昨年度の子ども会番号です) タンポポドモカイ	
単位子ども会 (フリガナ)	タンポポ子ども会	
代表者	アオゾラ ヒロコ 青空 広子 (印)	
連絡先	住所	〒 850-8685 長崎市桜町6番3号 長崎マンション101号室
	電話番号	095-825-1949
子ども会会長名	青空 太郎 (小・中) 3 学年	

1.加入者数 ※ (書類送付先が代表者と異なる場合は、余白に記入してください)

種 別	幼児	小学生	中学生	高校生等	育成者等	合計
人 数	4 名	10 名	3 名	2 名	6 名	25 名
	(うちジュニアリーダー数)		1 名	1 名		2 名

高校生等→高校生・高校年齢相当 育成者等 → 育成者・指導者・事務局職員

2.共済掛金等

送金額 (注)	5,750 円	送金(納金)予定日	
---------	---------	-----------	--

注 安全共済会掛金等と都道府県・指定都市子連会費等の合計額になります。

3.加入者名簿 1

No.	氏 名	性別		種別						学 年	年 齢	同 護 伴 者 保 護 者 No.	No.	氏 名	性別		種別						学 年	年 齢	同 護 伴 者 保 護 者 No.
		男	女	幼	小	中	高	育	男						女	幼	小	中	高	育					
1	A		O	O						4			11	K	O		O						6		
2	B	O		O						4			12	L	O		O						5		
3	C	O			O					1			13	M		O		O					1		
4	D		O		O					2			14	N		O		O					1		
5	E		O		O					4			15	青空 太郎	O				O				3		
6	F	O			O					6			16	P		O	O						3	21	
7	G	O			O					3			17	Q	O		O						1	24	
8	H	O			O					2			18	R		O			O				1		
9	I		O		O					3			19	S	O					O			2		
10	J		O		O					5			20	T	O						O		55		

加入者が20名超となる場合は<共済様式>04 加入者名簿2に超過分をご記入願います。

年齢は申込日に関係なく4月1日現在で記入ください。

就学前3年以下の幼児(4月1日現在で満3歳以下)は同伴保護者の同時加入が必須です。

令和5年1月改訂

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

公益社団法人 全国子ども会連合会 御中

(提出日) 令和 5 年 4 月 7 日

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

令和 5 年度<年間行事計画書>

新規	<input checked="" type="radio"/>
追加・変更	<input type="radio"/>

(該当に「O」表示してください)

市区町村等子連	長崎市子ども会育成連合会
単位子ども会	タンポポ子ども会
単位子ども会番号	422010002
担当者	青空 広子
連絡先電話番号	095-825-1949

全国子ども会安全共済会規程に基づき、年間行事計画書を提出します。

1. 活動・事業名

月	実施予定日	行事・活動名	会場	参加予定人数	備考
4	9	新会員歓迎会	A公民館	25 名	
5	3	駅伝マラソン大会	〇〇公園周回道路	15 名	
7	7	七夕祭り	A公民館公民館	25 名	
8-7	下旬 26日	〇〇工場見学	〇〇会社製造工場	15 名	
9	中旬	〇〇市ソフトボール大会	〇〇中学校グラウンド	15 名	
10	中旬～下旬	地区対抗運動会	町営運動場	15 名	
12	23	クリスマス会	A公民館	25 名	
<p>※日程・会場の変更や行事の追加は、実施日の1週間前までに郵送またはFAXでお願いします。</p> <p><年間行事計画書>控えの変更箇所を線で消し、あいている所に変更部分を書いてください。 (訂正印 不要)</p> <p>変更になった行事で事故があった場合、行事変更や追加の手続きをしていないと、共済金が給付されませんのでご注意ください。 (長崎市子ども会育成連合会 FAX番号 095-821-1938)</p>					

2. 日常定例活動 (日常の練習等を含む)

ソフトボール練習	5月から11月の毎週土・日曜日
廃品回収・公園掃除	年4回(5月・7月・9月・11月)第2日曜日
定例会	毎月1回(第3土曜日)

行事实施前に必ずKYT(危険予知トレーニング)を実施願います。

年間行事の追加・変更が判明した段階で本様式に追加変更内容を記載して市区町村等子連経由して都道府県・指定都市子連に提出願います。

<個人情報の取り扱いについて>
 本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
 ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

令和5年1月
改訂

<記入例 4>

長県子連様式 2 加入申込書

単位子ども会作成

令和5年 4月 7日

一般財団法人 長崎県子ども会育成連合会 御中
(長崎県子連へ提出)

単位子ども会番号(9桁)No. 422010002

単位子ども会名(団体名) タンポポ子ども会

育成会代表者氏名 青空 広子 ㊞

個人情報保護のため、長崎県子ども会及び市町子連加入目的以外には使いません。

長崎県子ども会及び市町子連子ども会 加入申込書

長崎県子ども会・市町子連子ども会規定に基づき、令和5年度分として加入申し込みをいたします。

<申込状況>

項目		今回申込数	備考
会 員	幼 児	4 名	
	小 学 生	10 名	
	中 学 生	3 名	
	(内ジュニアリーダー)	(1 名)	
	高校生・高校年齢相当	2 名	
	(内ジュニアリーダー)	(1 名)	
	育 成 者	6 名	
	会 員 数 合 計	25 名	
	① 全子連会費合計	70円×人数 1,750 円	※10/1以降加入の場合 60円×人数
	② 県子連会費合計	90円×人数 2,250 円	
③ 市町子連会費合計	70円×人数 1,750 円		
会費合計(①+②+③) ※1	5,750 円		

※1 <共済様式>03 加入申込書の送金額と同じになります。

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

変更届(単位子ども会用)

(提出日) 令和 5 年 7 月 6 日

**長崎市子連に加入している
子ども会の中で移動がある場合**

市区町村等子連	長崎市子ども会育成連合会
単位子ども会	タンポポ子ども会
単位子ども会番号	422010002
担当者	青空 広子
連絡先電話番号	095-825-1949

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届 (転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員 NO.	氏名	性別	学 年	年 齢	転入月	旧会員 NO.	旧所属団体		
								市区町村等子連	単位子ども会	単位子ども会NO
		桜園 菜美	女	3	8	7 月		長崎市子ども会育 成連合会	桜子ども会	市子連で記入
						月				
この場合は、会費不要です。										
						月				

2. 加入者名簿の変更・訂正

変更・訂正 する 加入者	会員NO.	氏名	変更・訂正内容

3. 代表者変更

(新) (5年度に加入し、その年度の途中で代表者が変わった場合) (旧)

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	
変更日		

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	

令和5年1月改訂

<個人情報の取り扱いについて>
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
ただし、保健医療等の特殊な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

※変更届と県子連及び市町子連加入申込書

会費 1人70円を持参、または(書類郵送・会費は振込)

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

変更届(単位子ども会用)

(提出日) 令和 5 年 8 月 5 日

**長崎県内の他市町から転入した場合、
または長崎県外から転入した場合で、
以前の居住地の都道府県子連に加入し
ていた場合**

市区町村等子連	長崎市子ども会育成連合会
単位子ども会	タンポポ子ども会
単位子ども会番号	422010002
担当者	青空 広子
連絡先電話番号	095-825-1949

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届(転入者を受け入れた子ども会が提出)

転入者	新会員 NO.	氏名	性別	学年	年齢	転入月	旧会員 NO.	旧所属団体		
								市区町村等子連	単位子ども会	単位子ども会NO
		野原 すみれ	女	2	7	8 月		諫早市子ども会育 成連合会	わんぱく子ども会	市子連で記入 (県子連に確認 後)
						月				
この場合は、会費1人(70円)が必要です。										
						月				

2. 加入者名簿の変更・訂正

変更・訂正 する 加入者	会員NO.	氏名	変更・訂正内容

3. 代表者変更

(新)

(5年度に加入し、その年度の途中で代表者が変わった場合)

(旧)

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	
変更日		

(フリガナ) 代表者		
連絡先	住所	〒 -
	電話番号	

令和5年1月改訂

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特殊な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

全国子ども会安全共済会事故第一報報告書

(死亡・後遺障害・**医療**)

市区町村等子連 受付日	
----------------	--

市子連で記入

(提出日) 令和 5 年 4 月 14 日

都道府県・指定都市 子連受付日	
--------------------	--

市区町村等子連	長崎市子ども会育成連合会
代 表 者	
担 当 者	
連絡先電話番号	

単位子ども会で記入

事 故 内 容							
報 告 者	雲井 大	被共済者 との関係	父	連絡先 電話番号	000-0000-0000		
事 故 日	令和 5 年 4 月 9 日 (日)	時刻	10:00	天候	晴		
学 区 ・ 地 区	桜町小学校 (小学校区を記入)						
単 位 子 ども 会	タンポポ子ども会	単位子ども会番号	422010002				
被 共 済 者	雲井 澄子	男・女	10 歳	小 5 学年			
行 事 名	新会員歓迎会 (申請されている行事名との一致を確認してください)						
発 生 場 所	A公民館						
事故の状況 (原因・処置・経過・傷害・疾病の状況) (わかりやすく記入してください)							
KYTの実施状況	KYT…危険予知トレーニングの略 (行事前の注意喚起や指導に関することを書いてください)						
都道府県・指定都市 子連確認欄	加入者 名簿確認	共済掛金 入金確認	行事確認	請求書 受付確認			

<個人情報の取り扱いについて>
 本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
 また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。
 ただし、保健医療等の特別な非公開情報 (センシティブ情報) の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

全国子ども会安全共済会 <医療共済金> 請求書兼事故証明書

都道府県		事故 証明印 Ⓜ	単 位 子 ども 会	タンポポ子ども会
指定都市子連			単 位 子 ども 会 番 号	422010002
代表者			市 区 町 村 等 子 連	長崎市子ども会育成連合会

全国子ども会安全共済会 共済約款に基づき、関係書類を添えて共済金を請求します。

ご請求者	住 所	〒 850 - 0031 長崎市桜町3	ご請求日	令和 5 年 6 月 9 日	
	氏 名	雲井 大 Ⓜ	被共済者	住 所	請求者住所に同じ
	連 絡 先	000 - 0000 - 0000		氏 名	雲井 澄子 性別 女
	被共済者との続柄	本人・親権者・その他()		生 年 月 日	2012 年 8 月 1 日 10 歳 5 学年
添付書類	① 医療費領収書(写)	6 枚	3	医療報告書(「1」の書類がない場合。費用は自己負担)	
	② 診察明細書	枚	4	その他	
お振込先金融機関	桜町 銀行・信金・信組・農協・漁協・労金・()	ゆうちょ銀行 (数字3桁) 店			
	市役所 支店 普通預金以外の場合()	口座番号 9999999	口座番号		
	口座名義(カタカナ)	クモイ ダイ	口座名義(カタカナ)		

<災害状況報告書兼事故証明書欄>

管 理 者 氏 名	青空 広子	年 齢	41 歳	子 ども 会 の 役 職	会長
事 故 日	令和 5 年 4 月 9 日 (日)	時 刻	10:00	事故日が土日祝・春夏冬休み以外の日で、休日となった理由	学校行事の代休、開校記念日 その他
発 生 場 所	A公民館	行 事 名	新会員歓迎会	就学前3年以下の被共済者の場合	安全共済会加入の保護者の同伴
天 候	晴れ	参 加 者 数	25 名	有	無
事 故 の 原 因 と 経 過 及 び 状 況	事故発生の状況	わかりやすく記入してください			
	治療の経過及び状況	(傷病部位) 傷病名	右腕骨折	診療期間	4月9日～4月9日
		診療機関名1	桜町救急センター	診療期間	4月9日～4月9日
		治療の経過と状況	脳波をとり、頭部に異常なしと確認。右腕はレントゲンの結果、骨折と診断ギブスで患部を固定する。		
治療の経過及び状況	診療機関名2	桜町整形外科	診療期間	4月11日～6月2日	
	治療の経過と状況	ギブスで患部を固定し、経過観察で5回通院し、治癒した。			
※3ヶ所以上の診療機関へかかった場合、3ヶ所目以降は別紙にて上記項目と同内容を記載の上提出してください。					

(事故状況)

傷 害 部 位	全身・頭部・顔部・頸部・肩部・上腕・前腕・ 手部 ・胸部・腹部・背部・腰部・大腿・下腿・足部
症 状 分 類	打撲・ 骨折 ・捻挫・切り傷・突き指・脱臼・擦過傷・歯損・関節炎・火傷・視力・その他()
活 動 分 類	スポーツ【ドッジボール・ソフトボール・野球・バレーボール・ソフトバレーボール・水泳・サッカー・フットベースボール・キックベースボール・バスケットボール・ポートボール・マラソン・相撲・アスレチック・サイクリング・スキー・スケート・その他のスポーツ()】 運動会・キャンプ・ハイキング・野外炊飯・花火大会・祭り・ その他レクリエーション () 社会奉仕活動・集団活動・研修会・往復途中
都道府県・指定都市子連 確認欄(確認済は○)	行事計画書 往復の経路図(事故発生場所が往復途中の場合) 名簿 掛金入金確認

<個人情報の取り扱いについて>

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

市区町村等子連 使用欄	受付日	担当者	都道府県指定都市子連 使用欄	受付日	請求完了日	担当者	令和5年1月改訂
-------------	-----	-----	----------------	-----	-------	-----	----------

個人情報の取扱いについての同意書

桜町救急センター 御中
桜町整形外科 御中
御中

私は、令和 5 年 4 月 9 日発生 of 事故における被共済者の傷病について、公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行なうことに同意します。

記

- 被共済者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症等について説明を受けること。
- 以下の資料の交付・貸し出し（複写による提供を含む）を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行なうこと。
 - 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他診療情報資料
 - レントゲンフィルムなどの検査資料

同意日 令和 5 年 6 月 9 日

住所 長崎市桜町3

氏名 雲井 大 (印)

記入もれがないようにお願いします

怪我をされた方がお子様のばあいは、親権者（お父様・お母様）のお名前を記入願います

患者（被共済者）様との関係 [本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他（ ）]

(注) 同意された方が患者（被共済者）様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者（被共済者）様の

住所 長崎市桜町3

氏名 雲井 澄子

生年月日 (昭和・平成・令和) 24 年 8 月 1 日生

〈個人情報の取り扱いについて〉

本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。