

申込締切日 6月14日(金)

※加入希望のPTAは、本紙記入・捺印の上、郵送してください。

本紙郵送先

〒810-0001
福岡市中央区天神1-13-2 興銀ビル9F
株式会社コーリン(熊本市PTA協議会保障制度事務局)宛

熊本市PTA協議会 御中

加入団体控は適宜コピー願います

熊本市PTA協議会団体賠償責任保険制度加入依頼書

加入依頼日(保険料振込日) 20 年 月 日

学校名	熊本市立	小学校・中学校	加入依頼者	PTA会長名	申込印
					印
学校住所	〒	—	電話番号	()	—
					ご加入時の確認事項 確認印兼用 PTA 会長印

本制度のご担当者名 役職名 氏名 TEL — —

《下記の内容にて加入します》

保険期間 2019年7月1日午後4時～2020年7月1日午後4時

① PTA賠償責任保険 児童・生徒数 名 × 10円 = ① 0 円 保険料

② オプション食バザー補償追加プラン バザー総売上高 千円 × 3.2 = ② 0 円 (単位PTAあたり保険料)

※裏面もご記入欄がございます。

※一の位を四捨五入してください。

※計算の結果、120円未満となった場合は、最低保険料として120円となります。

総売上高
計算例①……251,750円の場合 (一の位四捨五入)
252千円×3.2=806.4円……810円

総売上高
計算例②……27,210円の場合
27千円×3.2=86.4円……120円(最低保険料適用)

合計保険料(一時払)
(①+②)

0 円

※頂いた個人情報は当制度の加入、運営以外の用途には使用しません。

食バザーの売上高をご記入・売上高のわかる収支報告書貼付欄
(必ず貼り付けてください)

② オプション
食バザー補償
追加プラン

……ご加入のPTAは2018年4月から2019年3月実施月分の売上高をご記入ください。

実施月	月
	円

実施月	月
	円

合計	額
	円

貼り付け欄