

記入例

※様式 1・3(付票)
「共済契約者・職員データ入力票」を同時に
ご提出ください。

担
当
者

共済契約申込日を記入

(西暦) 〇〇〇〇年 〇月 〇日

退職手当共済契約申込書

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体・施設経営者

住所又は所在地 栃木市万町 〇—〇

団 体 の 名 称 社会福祉法人 とちぎ福祉会

代表者職氏名 理事長 栃 木 雄 太 郎



栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済約款の規定により、下記の者を加入者とする退職手当共済契約を締結したいので、関係書類を添えて申込みます。

施 設 コード ※

共済財団が決定します

施 設 の 名 称

施 設 所 在 地

施設長氏名及び連絡先

とちぎ保育園

〒 3 2 8 - 〇 〇 〇 〇

栃木市万町 〇 - 〇

氏名 栃 木 太 郎

電 話 0 2 8 2 (〇 〇) 〇 〇 〇 〇

FAX 0 2 8 2 (〇 〇) X X X X

E-mail : XXXXXXXXXX

事業の種別

保 育 所

独立行政法人福祉医療機構

加入の有無

有 ・ 無

共済財団が
決定します

加 入 者 名 簿

※加入月が異なる場合は、
書類を分けて作成してください。

職 員 コード ※	フリガナ 氏 名	承諾印	加 入 年 月 日 (西暦)			
			年	月	日	
	トチギ タロウ 栃木 太郎	(栃木)	2	0	2	5 0 4 0 1
	アシカガ サクラ 足利 さくら	(足利)	2	0	2	5 0 4 0 1
	カヌマ ジュンコ 鹿沼 順子	(鹿沼)	2	0	2	5 0 4 0 1
	※ご本人の承諾印を押印して下さい。					

(注) 1 申込書は施設ごとに作成し、様式 1・3 付票 (共済契約者・職員データ入力票) も併せて作成してください。

2 加入者氏名は自署してください。

3 ※欄は、記入しないでください。

共済財団受付印