

# 目次

さぼーと倶楽部とは……2

さぼーと倶楽部の事業内容

- 給付事業【弔慰・見舞金……4 祝金……5 功労金……5】
- 保健・保養事業 ライフサポート事業……6
- 研究・研修推進事業……7
- 会員になった方が利用できる補償制度……8～9
- 会員になった方が利用できる保障制度……10

各種手続きについて

- 加入申込について……12
- 会費の払込みについて……12
- 会員の異動・変更（退会）について……13

各種規程

- 会員互助会設置規程……16
- 会員互助会運営要綱……17
- 保健・保養施設の利用について……18
- 会員弔慰・見舞金支給基準……19

各種申請書

- 会員弔慰・見舞金事故連絡票……21
- 入院状況申告書……22
- 家族弔慰金請求書……23
- 祝金請求書……24
- さぼーと倶楽部加入申込書……25
- 会員異動・変更（退会）届……26
- 施設（法人）・事業所異動・変更届……27

# さぼーと倶楽部とは

全国の知的障害関係施設・事業所等にご勤務の皆様が安心かつ豊かな生活を送るために、日本知的障害者福祉協会が皆様の福利厚生を推進を目的として行う事業です。

## ●会員となる方●

公益財団法人日本知的障害者福祉協会の**会員施設・事業所並びに準会員施設・事業所に勤務している方、および賛助会員**が対象です（さぼーと倶楽部への加入は、施設全員でなくても加入できます）。

## ●会費について●

会費は、お一人様**月額 1,000 円**です（本制度は自家共済ですので、保険料控除の対象外です。なお、配当金等はありません）。

## ●さぼーと倶楽部のしくみ●

さぼーと倶楽部会員		
会費納入 ▼	▲ 各種サービスの提供	
<b>さぼーと倶楽部</b>		
	各種事業	掲載ページ
給付事業	会員弔慰見舞金	p.4
	家族弔慰金	p.4
	祝金	p.5
	功労金	p.5
	会員になった方が利用できる補償(保障)制度 (任意加入)	p.8~10
保健・保養事業	トラベル	p.6 リゾートガイド(別冊) エンジョイガイド(別冊) を参照
	レジャーランド	
	スポーツクラブ	
	ス パ	
ライフサポート事業	引っ越し	p.6 エンジョイガイド(別冊) ライフガイド(別冊)を 参照
	レンタカー	
	セミナー施設	
	宅配ピザ	
	ショッピング	
	各種無料電話相談	
	映画	
	研究・研修推進事業	p.7

**提携会社**

**有限会社ウェルフェアサービス**  
〒130-0022  
東京都墨田区江東橋4-24-3-5F  
TEL 03-5625-1351

**サンキュウインシュアランス**  
〒130-0022  
東京都墨田区江東橋4-24-3-5F  
TEL 03-5626-1356

**(株)リロクラブ**  
〒160-0022  
東京都新宿区新宿4-2-18  
TEL 03-3226-0244  
FAX 03-3226-0280

## さぼーと倶楽部の事業内容

- 給付事業【弔慰・見舞金 祝金 功労金】
- 保健・保養事業 ライフサポート事業
- 研究・研修推進事業
- 会員になった方が利用できる補償（保障）制度（任意加入）

# + 給付事業 +

## 弔慰・見舞金について

会員またはご家族に万が一のことがあった場合、次のとおり弔慰金、見舞金をお支払いいたします。

●**お支払い対象**：支払基準については運営要綱（17ページ）及び会員弔慰・見舞金支給基準（19ページ）をご参照ください。

会員が死亡、または後遺障害が残ったとき  
 会員が入院されたとき  
 配偶者の方がお亡くなりになったとき  
 お子さまがお亡くなりになったとき

●**会員弔慰・見舞金**

内 訳		15～40歳	41～60歳	61～70歳
死亡	疾病によるもの	250万円	200万円	100万円
	傷害によるもの	500万円	400万円	200万円
後遺障害	疾病によるもの	25・250万円	20・200万円	10・100万円
	傷害によるもの	10～250万円	8～200万円	4～100万円
入院	傷害または疾病によるもの	10,000円		
	業務上(通勤時含む)の事由に起因する傷害	20,000円		

※加入日以前の1年間に発病した疾病によるものは一定の要件があります。なお、入院給付金については、連続して5日以上入院した場合に限ります。

●**家族弔慰金**

内 訳	金 額
配偶者死亡弔慰金	100,000円
子供死亡弔慰金	50,000円

※お支払い事由発生以前に6か月以上加入していることが要件となります。

●**申請方法**

上記お支払い事由が生じたときは、次のとおり申請してください。

**会員弔慰・見舞金**

申請者は「**会員弔慰・見舞金事故連絡票**」（21ページ）および以下の必要書類をさぼーと倶楽部あてにFAXにてお送りください。  
 死亡：「**会員弔慰・見舞金事故連絡票**」+①除籍謄本の写し②死亡診断書の写し  
 後遺障害：「**会員弔慰・見舞金事故連絡票**」+①該当する等級を証明する書類  
 入院見舞金：「**会員弔慰・見舞金事故連絡票**」+①入院期間の明記されている診断書のコピー。※診断書が無い場合、「**入院状況申告書**」（22ページ）に記入の上、郵送してください。

**家族弔慰金**

申請者は「**家族弔慰金請求書**」（23ページ）に必要事項を記入し、法人（施設）代表者の証明をもらい、さぼーと倶楽部あてに郵送してください。

さぼーと倶楽部から、申請者へ事故内容に応じた必要な書類を送付

申請者は、必要書類をさぼーと倶楽部に提出

**さぼーと倶楽部にて審査、お支払い**



## 祝金について

会員のご結婚やお子様のご誕生、ご入学の際、お祝金をお支払いいたします。

- **お支払い対象**：支払基準については運営要綱（17ページ）をご参照ください。

**加入期間が6か月以上の会員には次の場合に祝金をお支払いいたします。**

会員がご結婚をされたとき  
会員にお子様が生誕されたとき  
会員のお子様が小学校にご入学されたとき  
会員のお子様が中学校にご入学されたとき  
会員が資格を取得したとき

※お支払い事由発生以前に6か月以上加入していることが要件となります。

内 訳		金 額
結 婚 祝 金		10,000円
誕 生 祝 金	第一子	10,000円
	第二子以降	10,000円
入 学 祝 金	小 学 校	10,000円
	中 学 校	10,000円
資 格 取 得 祝 金	社会福祉士	10,000円
	介護福祉士	10,000円 <small>(平成27年度より)</small>
	精神保健福祉士	10,000円 <small>(平成27年度より)</small>
	知的障害福祉士	10,000円
	知的障害援助専門員	5,000円

- **申請方法** 上記お支払い事由が生じたときは、次のとおり申請してください。

申請者は「祝金請求書」（24ページ）に必要事項を記入し、法人（施設・事業所）代表者の証明をもらい、日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部あてに郵送。

※祝金振込先銀行口座は正確にご記入ください。

さぼーと倶楽部にて審査、お支払い

## 功労金について

会員が71歳に達したとき、さぼーと倶楽部より功労金をお支払いいたします。

- **お支払い対象**

功労金（71歳に達した者）

50,000円

※加入期間が10年以上の方が対象となります（グループ生命共済から継続してご加入されている方はその期間も含まれます）。

- **お支払い方法**

対象となる方に、さぼーと倶楽部より請求用紙をお送りいたします




請求用紙に必要事項をご記入のうえ、日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部あてに郵送

さぼーと倶楽部にて審査、お支払い

**+ 保健・保養事業 ライフサポート事業 +**

会員の皆様は、さぼーと倶楽部に加入と同時に福利厚生サービス「クラブオフ」のスタンダード会員として、様々なサービスがご利用いただけます。

会員施設・事業所には、サービス内容を掲載したガイドブック3冊（リゾート・エンジョイ・ライフ）と会員カードをお送りいたします。

リゾート	エンターテイメント	ライフサポート
国内外約 200,000 ケ所の中から好きなホテル・旅館がお得に宿泊できます	遊園地やテーマパークやカラオケ・映画館などの身近な娯楽施設がお得にご利用できます	家事・育児・介護サービスやリラクゼーションなど日常生活の中で役立つメニューがお得にご利用できます
		

●ご利用方法

ご利用または詳細につきましては、別冊の**リゾートガイドブック**・**エンジョイガイドブック**・**ライフガイドブック**をご覧ください。

日本知的障害者福祉協会のホームページやスマートフォンからも、サービスの案内を見ることができ、予約もできます。



▲さぼーと倶楽部ログイン画面

公益財団法人日本知的障害者福祉協会 <http://www.aigo.or.jp/>  
**さぼーと倶楽部** 専用 <http://www.club-off.com/support-club>  
 ※スマートフォンからご利用いただけます。

●お問合せ先（サービスのご利用） **さぼーと倶楽部クラブオフアライアンス事務局**  
 TEL 0120-981-138 FAX 0120-982-997  
 （受付時間：10:00～18:00）※ 年末年始を除く



## 研究・研修推進事業



加入施設・事業所（法人）を対象に、毎年会員の自己研鑽の一環として、全国9ヶ所で研修会を実施しています。

研修実施施設・事業所（法人）のご希望を踏まえて、研修会への講師派遣のサポートを行います。

### ■ 講演テーマ例（平成27年度）

- 知的障害福祉サービスの制度と仕組み
  - 施設利用者等の権利擁護と各種制度
  - 知的障害の概念及び発生病態の理解
  - 自閉症・行動障害の理解と対応
  - 地域生活支援の実際
  - 就労支援の仕組みと展開
  - 個別支援計画の実際（作成からモニタリングまで）
  - 知的障害児・者施設で働くということ
  - 施設の危機管理とリスクマネジメント
- このほか、任意のテーマを希望していただくことも可能です。

### 研修会実施施設・事業所（加入施設：法人）

講師派遣要請



講師派遣

さぽーと倶楽部運営委員会  
において審査・調整

### 〔申請手続き〕

毎年、各加入施設・事業所あてに「研修助成事業実施計画書」を送付いたしております。「研修助成事業実施計画書」に必要事項を記入し、日本知的障害者福祉協会さぽーと倶楽部あて郵送。研修助成事業に関するご案内の所定の事務手続きに従って申請してください。



**＋ 会員になった方が利用できる補償(保障)制度**

(任意)

**補償 A タイプ**

補償 A タイプの特徴は、【基本コース】においてケガはもとより、**病気**、賠償責任、身の回り品損害等、さまざまなリスクから会員を守るさぼーと倶楽部オリジナルプランであることです。

従来の「ケガによる死亡・後遺障害、入院、通院」の他に、**病気による入院**、さらに**退院後の通院**も補償の対象となる画期的なプランです。

また、日常生活に起因する賠償責任、身の回り品損害等、日常生活をトータルに補償します。さらに、【オプションコース】にて、休業損害も補償されます。

**【基本コース】**

- 病気補償 ● 病気により入院した場合だけでなく、病気入院後の通院も補償されます。
- 傷害補償 ● 就業中、レジャー中、国内外を問わず偶然なケガによる損害をワイドに補償。  
● 団体契約による割安な掛金。
- 身の回り品 ● カメラ、衣類、レジャー用品等、身の回り品の損害を補償します。

**【オプションコース】**

- 所得補償 ● ケガ、または病気によって、就業不能となった場合の所得を補償します。
- 賠償責任 ● 日常生活において法律上の賠償請求を受けた場合に補償されます。  
● 本人だけでなく、家族の賠償責任も補償できます。

● 補償内容一覧

コース	補 償 内 容		保 険 金 額
基 本	病 気	疾病入院保険金日額	5, 0 0 0 円
		疾病手術保険金	5 ・ 2. 5 万円
		疾病通院保険金日額	2, 5 0 0 円
	ケ ガ	傷害死亡・後遺障害保険金	1, 0 0 0 万円
		傷害入院保険金日額	5, 0 0 0 円
		傷害手術保険金	5 ・ 2. 5 万円
		傷害通院保険金日額	2, 5 0 0 円
	身の回り品	1 0 万円	
オ プ シ ョ ン	所得補償 (月額)	1 0 万円	
	賠償責任	5, 0 0 0 万円	

● 保険料の例 (月額)

満年齢	基本	オプション		満年齢	月払保険料	オプション	
		所得補償	賠償責任			所得補償	賠償責任
15～19歳	2, 7 0 0 円	3 3 0 円	一律80円	45～49歳	3, 4 7 0 円	1, 4 8 5 円	一律80円
20～24歳	2, 8 9 0 円	5 1 4 円		50～54歳	3, 8 2 0 円	1, 7 4 2 円	
25～29歳	3, 0 9 0 円	5 8 7 円		55～59歳	4, 4 4 0 円	1, 8 7 0 円	
30～34歳	3, 2 0 0 円	7 4 3 円		60～64歳	5, 2 0 0 円	1, 9 7 1 円	
35～39歳	3, 2 2 0 円	9 5 4 円		65～69歳	6, 5 0 0 円	2, 3 6 5 円	
40～44歳	3, 2 1 0 円	1, 2 2 0 円					

● 補償 A タイプのお問い合わせ先

有限会社ウェルフェアサービス

TEL 03-5625-1351

FAX 03-3631-7120



## 補償 B タイプ

補償 B タイプの特徴は、日常生活の中で最もリスクの高い傷害事故に、従来のタイプとは全く違う補償方法を採用した会員のための新型プランであることです。

病気と傷害をグレードアップして補償するオプションプランもご用意してあります。

従来のプランは入院したり、わざわざ通院しなければ補償されませんでした。新型 B タイプは「勤務ができない状態」ならば休業補償が支払われます。

さらに、新型 B タイプでは日額補償に加え、健康保険の本人負担分、差額ベッド代、治療のための交通費など「治療に要した各種の費用出費」についても補償されます。

従来なら日額では足りなかった差額ベッド代も心配なく、健康保険の自己負担部分まで補償されるという画期的なものです。

【基本傷害プラン】 団体割引を適用したお得な掛金で、**一律わずか 2,150 円**です。

- 休業補償
  - 国内・海外、365 日 24 時間を対象として傷害により勤務ができない場合に日額 3,000 円が補償されます。
  - 骨折や脱臼などの場合には一時金として受け取ることもできます。
  - オプションとセットでご加入し、入院した場合には日額 8,000 円が補償されます。
- 治療費用
  - 健保の自己負担部分の治療費、差額ベッド代、治療のための交通費など入通院を問わず、ご自分で負担した治療実費を年間合計 50 万円までと十分な補償内容が付いていますから、もう安心です。
- 賠償責任
  - 日常生活において法律上の賠償請求を受けた場合に補償されます。
  - 本人だけでなく、ご家族の賠償責任も補償できます。
- 身の回り品
  - ビデオカメラ、ノートパソコンなど、身の回り品の損害を補償します。

【オプションプラン】 年齢区分に応じた掛金となっています（団体割引を適用）。

- 病気補償
  - 病気で入院した場合や手術を受けた場合の手術保険金も補償します。
- 傷害補償
  - ケガで入院した場合や手術を受けた場合の手術保険金も補償します。

### ● 補償内容と月額保険料の一覧

プラン	補償内容	補償金額
基本 (保険料 2,150円)	休業補償	日額 3,000円
	治療費用	年間 50万円
	死亡・後遺障害	1,000万円
	賠償責任	5,000万円
	身の回り品	10万円
オプション ※保険料右表参照	病気入院	日額 5,000円
	病気手術	5・10・20万円
	傷害入院	日額 5,000円
	傷害手術	5・10・20万円

### ※ オプションプラン保険料

年齢区分	保険料
24歳まで	940円
25～29歳	1,140円
30～34歳	1,230円
35～39歳	1,340円
40～44歳	1,550円
45～49歳	1,850円
50～54歳	2,330円
55～59歳	2,990円
60～64歳	4,230円
65～68歳	6,030円

- 補償 B タイプのお問い合わせ先

有限会社ウェルフェアサービス

TEL 03-5625-1351

FAX 03-3631-7120

## 死亡保障タイプ

死亡保障タイプの特徴は、“一定年齢範囲を男女同一保険料で、病気・ケガにかかわらず、万一のときの死亡保障を準備することができる”プランです。

保険期間は1年ですので、必要保障額の見直しがしやすく、また健康状態にかかわらず最長80歳まで自動的に更新\*もできますので安心です。

定年退職などでさぼーと倶楽部を退会された後も、この死亡保障プランを継続することができます。なお、この場合、保険料や保険料払込方法が変更となります。

【基本コース】 1年更新のシンプルな保障ですので、保険料はお手頃です。

### ■死亡・高度障害保障《無配当 年齢群団定期保険》

死亡保険金 …… 死亡されたときにお支払いいたします。

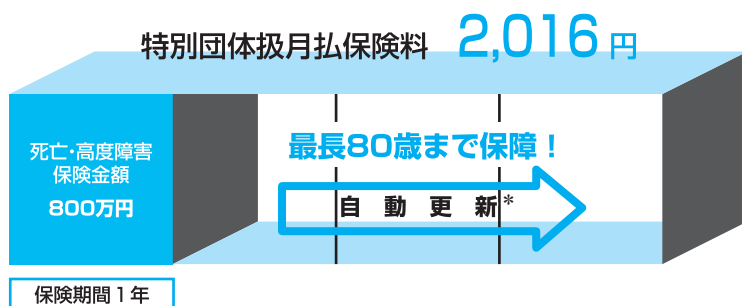
高度障害保険金 …… 約款所定の高度障害状態（両眼失明等）に該当されたときにお支払いいたします。

保障内容	保険金額
死亡・高度障害保険金	200万円（1口）～1,000万円（5口）

※契約年齢によりお申し込みいただける保険金額が異なります。

### ■ご契約例

35歳 男性・女性 4口（保険金額 800万円）



### ■月払保険料例

（1口：保険金額 200万円あたり）  
本人型 特別団体扱

契約年齢	保険料
20～25歳	494円
26～35歳	504円
36～40歳	592円
41～45歳	712円
46～50歳	920円
51～55歳	1,236円
56～60歳	1,612円
61～65歳	2,204円

※保険期間を通じて解約払戻金はありません。

※保険料は2014年2月1日現在です。

※商品の詳細については「パンフレット」「契約概要」「注意喚起情報」「ご契約のしおり／約款」を必ずご覧下さい。

\*更新後の保険料は更新時の保険料率および被保険者の年齢により計算します。

### ●死亡保障タイプのお問合せ先

〈募集代理店〉

サンキュウインシュアランス（山地博行）

〒130-0022

東京都墨田区江東橋 4-24-3-5F

TEL:03-5625-1351

〈引受保険会社〉

オリックス生命保険株式会社

東京東支社／〒103-0022

東京都中央区日本橋室町 1-12-15 テラサキ第2ビル5F

TEL:03-3275-1060

ORIX 2014-B-002

## 各種手続きについて

- 加入申込みについて
- 会費の払込みについて
- 会員の異動・変更（退会）について

**さぽーと倶楽部**は会員互助会の通称です。  
日本知的障害者福祉協会 会員互助会



## 加入申込みについて



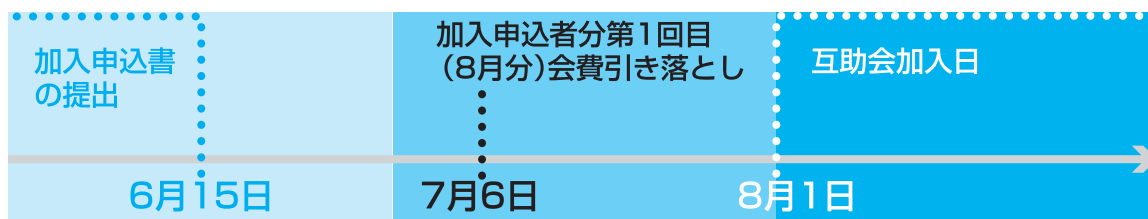
### ●加入対象

公益財団法人日本知的障害者福祉協会の会員施設・事業所並びに準会員施設・事業所に勤務している方および賛助会員

### ●申込方法

「さぼーと倶楽部加入申込書」(25ページ)に必要事項をご記入いただき、施設長(理事長)印を押印のうえ、日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部あてに郵送してください。

### 【加入申込手続きの例：8月1日加入の場合】



毎月、15日までに日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部に到着した加入申込みにつきましては、翌月6日に第1回目の会費が引き落とされます。(前払い)

加入日は、会費が引き落とされる月の翌月1日となります。



## 会費の払込みについて



会費は、お一人様月額 1,000 円です。

会費は、施設・事業所(法人)一括で預貯金口座から引き落とします。口座名義等の指定はありませんが、会員個々の口座からの引き落としは原則としてできません。

同一施設(法人)で追加でご加入いただく場合、既にご登録いただいている口座より引き落とします。

当該月の会費は前月の6日に収納会社が預貯金口座から引き落とします。

会費は毎月6日の引き落としとなります。末日までに会費の納入がない場合、翌月より会員の資格が失われ、給付事業や保健・保養事業などの利用ができなくなりますので、引き落とし日前までに必ず口座に入金していただくようお願いいたします。

## + 会員の異動・変更(退会)について +

施設・事業所（法人）あてに毎月初旬に翌々月分の「会費等個人別明細書」を送付しますので、異動・変更等がある場合は、「**会員異動・変更届**」（26 ページ）に必要事項を記入のうえ、退会する 2 カ月前の 15 日までに F A X または郵送にてご連絡ください。

### ●氏名の変更

「氏名変更届」欄に必要事項をご記入ください。

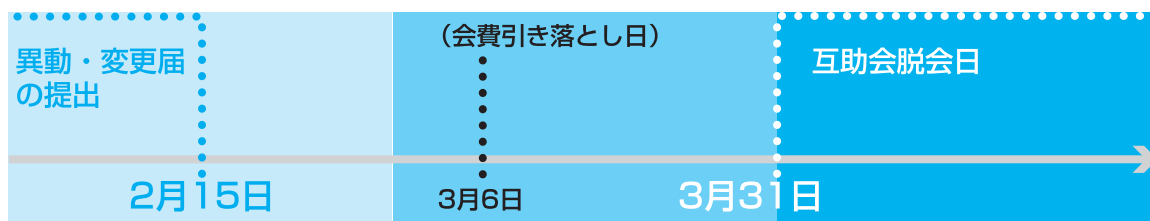
### ●勤務先の異動

「勤務先異動届」欄に必要事項をご記入ください。なお、ご記入の際には必ず転出先の施設（法人）名及び施設（法人）コードをご記入ください。

### ●脱 会

「脱会届」欄に必要事項をご記入ください。退会する場合は 26 ページの「異動・変更届」■退会届の欄に必要事項を記入の上、退会する月の 2 カ月前の 15 日までに F A X または郵送にてお知らせください。

### 【異動手続きの例：3月31日脱会の場合】



4月分（3月6日引き落とし分）より脱会分の会費を減額させるには、**2月15日までに**日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部あてに「**会員異動・変更届**」を F A X または郵送にてお送りください。



## 会員互助会各種規程

- 会員互助会設置規程
- 会員互助会運営要綱
- 保健・保養施設の利用について
- 会員弔慰・見舞金支給基準

## 各種申請書

- 会員弔慰・見舞金事故連絡票
- 入院状況申告書
- 家族弔慰金申請書
- 祝金請求書
- さぽーと倶楽部加入申込書
- 会員異動・変更届
- 施設（法人）・事業所変更届



## 公益財団法人日本知的障害者福祉協会 会員互助会設置規程

平成14年4月1日  
平成19年10月19日改正  
平成22年3月16日改正  
平成25年4月1日改正  
平成27年3月19日改正

### (目的)

第1条 この規程は、知的障害関係施設・事業所職員の互助共済及び福利厚生を図るため必要な事業を行う公益財団法人日本知的障害者福祉協会会員互助会（以下「互助会」という。）の設置に関する事項を定めることを目的とする。

### (互助会の事業)

第2条 互助会は、前条の目的を達成するため次に掲げる事業を行う。

- (1) 給付事業
- (2) 保健、保養に関する事業
- (3) 研究、研修に関する事業
- (4) 物資の購入及び頒布に関する事業
- (5) その他この会の目的達成のため必要とする事業

### (互助会員)

第3条 互助会員とは、公益財団法人日本知的障害者福祉協会の会員又は準会員および賛助会員である知的障害関係施設等に勤務する職員であって、所定の互助会費を納入するものをいう。

### (代表)

第4条 この会に、代表1名を置く。

- 2 代表は、公益財団法人日本知的障害者福祉協会の会長とする。
- 3 代表は、この会を代表し、その業務を総理する。

### (運営委員会)

第5条 互助会の適正な運営を図るため、互助会運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設ける。

- 2 運営委員会は次の者で構成する。  
委員長 1名、副委員長 1名、委員 9名（委員長、副委員長含む。）
- 3 運営委員会は、委員長が招集する。
- 4 運営委員会は、原則として年2回開催する。但し、委員長が必要と認める場合は、この限りではない。
- 5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故のあるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代行する。
- 6 委員長は、運営委員会の協議事項及び検討状況等を会長に報告しなければならない。

### (委員の委嘱及び任期)

第6条 委員は、公益財団法人日本知的障害者福祉協会地区会会長が、第3条の互助会員の中から推薦し、公益財団法人日本知的障害者福祉協会会長が委嘱する。

- 2 委員長及び副委員長は、委員の互選によりこれを定める。
- 3 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、補欠により委員となった者の任期は、その残任期間とする。
- 4 委員は、辞任又は任期満了後においても、後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。

### (経費の支弁)

第7条 互助会の経費は、互助会費等の収入をもって支弁する。

### (会計)

第8条 互助会の会計は、独立会計とし、その収支ならびに財務内容を明らかにしなければならない。

### (予算及び決算)

第9条 互助会の予算は、委員長が事業計画書とともに会長に提出し、毎会計年度開始前に、理事会の承認を得なければならない。

第10条 互助会の決算は、毎会計年度終了後2ヶ月以内に、委員長が事業報告書、正味財産増減計算書、貸借対照表及び財産目録等として会長に提出し、理事会の承認を得なければならない。

### (会計年度)

第11条 互助会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

### (互助会の事務)

第12条 互助会の事務は、事務局長が管理し、事務局において処理する。

### (運営要綱)

第13条 この規程に定めるもののほか、互助会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

### (規程の変更及び廃止)

第14条 この規程は、理事会の承認を得なければ、変更又は廃止することができない。

### 附 則

- 1 この規程は、平成14年4月1日から施行する。ただし、第2条に掲げる事業並びに第4条、第5条については平成14年7月1日より実施する。
- 2 この規程は、平成20年4月1日から施行する。

公益財団法人日本知的障害者福祉協会 会員互助会運営要綱

平成14年7月1日  
平成15年11月19日改正  
平成16年9月15日改正  
平成25年4月1日改正  
平成26年12月1日改正  
平成27年3月19日改正

(目的)

第1条 この要綱は、公益財団法人日本知的障害者福祉協会会員互助会（以下「互助会」という。）の運営に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(互助会員)

第2条 互助会員になろうとするものは、所定の加入申込書を互助会に提出し、運営委員会委員長（以下「運営委員長」という。）の受理を経て、互助会員となる。

2 互助会員が退会しようとするときは、所定の退会届を運営委員長に提出することとする。

3 互助会員が、当該月の互助会費を前月末日までに納入しない場合は、退会したものとみなす。

(互助会費)

第3条 互助会費は、年1万2千円とし、毎月1千円を、当該月の前月末日までに納入することとする。

2 互助会費は、施設単位あるいは法人単位で、互助会員数を乗じた金額を一括して納入することとする。

3 一旦納入された互助会費は原則として返金しない。

(給付金)

第4条 互助会員が次の事項に該当した場合は、会員弔慰・見舞金、家族弔慰金、祝金、功労金を別表のとおり給付する。

(1) 会員弔慰・見舞金

①互助会員が死亡したとき ②互助会員が後遺障害を有したとき ③互助会員が連続して5日以上入院したとき

(2) 家族弔慰金

①互助会員の配偶者が死亡したとき ②互助会員の子が死亡したとき

(3) 祝金

①互助会員が結婚したとき

②互助会員又はその配偶者が子を出産したとき

③互助会員の子が小学校に入学したとき

④互助会員の子が中学校に入学したとき

⑤互助会員が社会福祉士、知的障害福祉士、知的障害援助専門員の資格を取得したとき

⑥互助会員が介護福祉士、精神保健福祉士の資格を取得したとき

(4) 功労金 互助会員が71歳に達したとき

2 給付金の対象となる互助会員は、家族弔慰金、祝金においては、加入期間が6ヶ月以上、功労金においては、加入期間が10年以上の者とする。但し、会員弔慰・見舞金の支給基準については別に定める。

(給付金の請求)

第5条 互助会員が給付金を受けようとするときは、所定の給付金請求書により、所属する施設長または理事長を通じて、請求しなければならない。

2 請求は、前条の事由が発生した日の翌日から6ヶ月以内に請求しなければならない。

(給付審査会)

第6条 前条の請求について、疑義が認められる場合は、運営委員長が別に設ける給付審査会により、給付の可否を決定する。

2 給付審査会は、給付の審査にあたり、必要と認める場合は、請求した互助会員に対して、請求事由に係る証拠書類の提出を求めることができる。

(給付の取消および制限)

第7条 運営委員長は、給付を受けようとする者又は受けた者が、次の事項に該当した場合は、その給付について取り消すか、給付金の一部または全額を返還させることができる。

(1) 給付の事由が互助会員の故意又は重大な過失によるとき

(2) 給付の事由が互助会員の犯罪行為によるとき

(3) 第三者加害行為により損害賠償を受けたとき

(4) 給付の請求において虚偽の事実があったとき

(5) 互助会員となった日以前の1年間に発病（医師の診断による）した疾病により、3年を経過するまでに給付の事由が発生したとき

(6) 給付金の請求又は受領において不正の事実があったとき

(保健及び保養施設等の利用)

第8条 互助会員は、互助会が別に定める保健及び保養施設等を所定の費用で利用することができる。

2 互助会員が保健及び保養施設等を利用しようとするときは、所定の手続により申し込むこととする。

(互助会員資格の取消)

第9条 互助会員が次の事項に該当したときは、運営委員長は互助会員の資格を取り消すことができる。

- (1) 互助会員が第7条に該当したとき (2) 互助会員としてふさわしくない行為があったとき

(不服審査会)

第10条 第9条が適用された者で、その適用に不服のある者は、適用を知った日から30日以内に運営委員長に、所属する施設長又は理事長を通じて不服審査の申し立てをすることができる。

2 前条の申し立てがあった場合は、運営委員長が別に設ける不服審査会でそれを審査し、その可否を決定する。

3 運営委員長は、不服審査会の審査結果について、不服申立を行った者に対して、所属する施設長又は理事長を通じて通知しなければならない。

附 則

1 この要綱は、平成14年7月1日から施行する。

2 平成14年7月1日に互助会員となった者で、平成14年6月30日現在「日本知的障害者福祉協会グループ生命共済」の加入者であった者は、その加入期間を第4条2項の加入期間に含むものとする。

3 平成14年7月1日に互助会員となった者で、平成14年6月30日現在「日本知的障害者福祉協会グループ生命共済」の加入者であった者は、第7条の(5)は適用しない。

附 則

第4条(1)の③については、平成16年4月1日から施行する。

第4条(3)の⑤については、平成17年4月1日から施行する。

第4条(3)の⑥については、平成27年4月1日から施行する。

別 表

(1) 会員弔慰・見舞金

①死亡弔慰金

内 訳	15～40歳	41～60歳	61～70歳
疾病によるもの	250万円	200万円	100万円
傷害によるもの	500万円	400万円	200万円

②後遺障害見舞金

内 訳	15～40歳	41～60歳	61～70歳
疾病によるもの	25・250万円	20・200万円	10・100万円
傷害によるもの	10～250万円	8～200万円	4～100万円

③入院見舞金(5日以上連続で入院した場合に支給)

内 訳	5～70歳
傷害または疾病によるもの	10,000円
業務上(通退勤時を含む)の事由に起因する傷害	20,000円

(2) 家族弔慰金

内 訳	金 額
配偶者死亡弔慰金	100,000円
子供死亡弔慰金	50,000円

(3) 祝 金

内 訳	金 額	
結婚祝金	10,000円	
誕生祝金	10,000円	
入学祝金	小学校	10,000円
	中学校	10,000円
資格取得祝金	社会福祉士	10,000円
	介護福祉士	10,000円
	精神保健福祉士	10,000円
	知的障害福祉士	10,000円
	知的障害援助専門員	5,000円

(4) 功 労 金

功労金(71歳に達した者)	50,000円
---------------	---------

公益財団法人日本知的障害者福祉協会 会員互助会 保健・保養施設の利用について

平成14年7月1日

平成25年4月1日改正

平成27年4月1日改正

「公益財団法人日本知的障害者福祉協会 会員互助会運営要綱」第8条に定める保健及び保養施設の利用について、次のとおり定めるものとする。

1. 互助会員は、本互助会が業務委託する株式会社リロクラブの定める保健・保養施設を利用できるものとする。

2. 互助会員は、保健・保養施設を利用しようとするときは、同社の定める申込手続をしなければならない。
3. 互助会員は、保健・保養施設を利用する場合の費用について、同社の定めた支払方法により所定の金額を支払わなければならない。
4. 互助会員は、保健・保養施設の利用申込を取消又は変更しようとするときは、同社の定める手続をしなければならない。また、取消又は変更により費用が発生した場合は、その費用を支払わなければならない。
5. 運営委員長は、互助会員が上記「2.」、「3.」、「4.」を遵守しない場合は、その者の保健、保養施設の利用を停止、または中止させることができる。
6. 運営委員長は、互助会員が保健、保養施設を利用した際、互助会員としてふさわしくない行為があったときは、その者に対して以降の保健、保養施設の利用を停止することができるものとする。

公益財団法人日本知的障害者福祉協会会員互助会 会員弔慰・見舞金支給基準

平成14年7月1日制定  
 平成15年11月19日改正  
 平成25年4月1日改正  
 平成25年12月26日改正

1. 目的

本基準は、公益財団法人日本知的障害者福祉協会会員互助会（以下「互助会」という）が互助会員に給付する会員弔慰・見舞金について、必要な基準を定めることを目的とする。

2. 疾病死亡

互助会員が疾病により死亡した場合には、葬祭費用として弔慰金を遺族に次のとおり給付する。

年 齢	15歳～40歳	41歳～60歳	61歳～70歳
弔慰金	250万	200万	100万

※年齢は、毎年7月1日を基準日とし、基準日における満年齢を適用する。なお、中途加入の会員は加入日時点における満年齢を適用する。（以下同様とする）

※互助会員となった日以前の1年間に発病（医師の診断による）した疾病においては、3年を経過するまでは給付の対象から除外する。

3. 傷害死亡

互助会員が傷害（急激かつ偶然な外来の事故によって身体に被った傷害をいう）または業務上、通勤途上の事由による傷害により死亡したときは、葬祭費用及び傷害死亡補償として弔慰金を遺族に次のとおり給付する。ただし、業務上、通勤途上の事由による疾病の認定は、労働者災害補償保険法（以下「労災法」という。）の認定に従う。

年 齢		15歳～40歳	41歳～60歳	61歳～70歳
弔慰金	葬祭費用	250万	200万	100万
	傷害死亡補償	250万	200万	100万

※後遺障害見舞金の給付を行った後、後遺障害の原因となった事故の結果として死亡した場合には、弔慰金の給付額から既に支払った後遺障害見舞金の額を控除した額を給付する。

4. 疾病による後遺障害

互助会員が業務外かつ通勤途上以外の事由による疾病により後遺障害を残した場合には、見舞金を次のとおり給付する。

見舞金	年 齢	15歳～40歳	41歳～60歳	61歳～70歳
	障害等級 1級～3級まで		250万	200万
	障害手当金に該当する場合	25万	20万	10万

※後遺障害の等級は、国民年金法施行令ならびに厚生年金保険法施行令第3条の八及び第3条の九の基準によるものとする。

※見舞金の給付は、原則行政官庁等の認定によりおこなうが、『国民年金／厚生年金保険診断書』等の記載内容にもとづき、互助会の認定でおこなうことがある。※互助会員となった日以前の1年間に発病（医師の診断による）した疾病においては、3年を経過するまでは給付の対象から除外する。

5. 傷害による後遺障害

互助会員が傷害または業務上、通勤途上の事由による傷害により後遺障害を残した場合には、見舞金を次のとおり給付する。

見舞金	年 齢	15歳～40歳	41歳～60歳	61歳～70歳
	障害等級 1級～3級まで		250万	200万
	4級～6級まで	175万	140万	70万
	7級～9級まで	87.5万	70万	35万
	10級～12級まで	25万	20万	10万
	13級～14級まで	10万	8万	4万

※後遺障害の等級は労災法施行規則別表1「障害等級表」の基準による。

※見舞金は、行政官庁による労災法による認定を待って給付する。但し、後遺障害の原因が疾病の場合には、互助会は迅速な補償を行うために上記「障害等級表」の基準に従い等級を認定し給付する。

## 6. 入院

互助会員が疾病または傷害および業務上の事由または通勤に起因して傷害を被ったことにより5日以上連続で入院した場合には、見舞金を次のとおり給付する。

年 齢	15～70歳
傷害または疾病によるもの	10,000円
業務上（通退勤時を含む）の事由に起因する傷害	20,000円

※互助会員となった日以前の1年間に発病（医師の診断による）した疾病においては、3年を経過するまでは給付の対象から除外する。

※支払事由となった入院の終了から1年以内の入院については、給付の対象から除外する。

※業務上の認定については、労働災害補償保険法等の運用基準を適用する。

## 7. 給付を行わない場合

互助会は、次の各項に該当する事由により生じた疾病または傷害の場合には、本基準に定める給付を行わない。

- (1) 本人の犯罪行為
- (2) 本人の故意または重大な過失、自殺または闘争行為。但し、自殺または闘争行為が業務上と認定された場合を除く。
- (3) 本人の麻薬、あへん、大麻または覚せい剤、シンナー等の使用。
- (4) 本人の無免許運転または酒酔い運転
- (5) 頸部症候群（むちうち症）または腰痛で自覚症状しかないもの
- (6) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動。
- (7) 核燃料物質（使用済み燃料を含む）もしくは核燃料物質によって汚染された物（原子核分裂生成物を含む）の放射性、爆発性その他有害な特性またはこれらの特性による事故。
- (8) 第（6）項の事由に随伴して生じた事故またはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故。
- (9) 第（7）項以外放射線照射または放射能汚染
- (10) 妊娠、出産または早産。
- (11) 地震もしくは噴火またはこれらによる津波。これらに随伴して生じた事由またはこれらにともなう秩序の混乱に基づいて生じた事由を含む。（入院見舞金のみに適用）
- (12) 性病（入院見舞金のみに適用）
- (13) 精神障害（入院見舞金のみに適用）

## 附 則

この基準の「6.入院」については、平成16年4月1日から施行する。



# 会員弔慰・見舞金事故連絡票

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

さぼーと倶楽部 御中

連絡日 年 月 日

フリガナ 施設(法人) ・事業所名	フリガナ 事務担当者名
フリガナ 施設(法人) ・事業所所在地	(〒                                  都 道 府 県)
電話番号	(                                  )                                  ー                                  内線

フリガナ 会員のお名前	フリガナ 会員番号
フリガナ ご住所	(〒                                  都 道 府 県)
自宅電話番号	(                                  )                                  ー

※⇒ 該当する項目は必ずご記入ください。

事故の種類	死 亡 ・ 後 遺 障 害 ・ (5日以上連続の)入院			
ケガ/発病の日時	年   月   日	午前・午後	時   分頃	届出警察署/消防署/労基署
場 所	都・道・府・県	区・市・郡	区・町・村	にて
状 況 (ケガ/発病の状況)		自動車運転免許証番号		
<input type="checkbox"/> 業務上のケガ <input type="checkbox"/> 業務上の病気 <input type="checkbox"/> それ以外のケガ <input type="checkbox"/> それ以外の病気		<small>自動車・オートバイ運転中の事故の場合記入してください。裏面には免許証コピーを貼付の時は記入を省略できます。</small> 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

### ケガまたは病気の治療内容

フリガナ 病院名	フリガナ 医師名	電話番号	(                                  ) ー
ケガの内容/ ケガをした体の部分	病気の内容		
入 院 期 間	年   月   日	～	年   月   日
過去1年以内の保険金請求の有無	有                                  ・                                  無		

### 【施設事務担当者様へ】

後日、保険会社より施設や会員宅へご連絡する場合がございますので、その際には必要な書類等のご提出にご協力ください。

処 理 欄	
-------------	--

さぼーと倶楽部 受付印	代理店受付印	

(コピーしてご使用ください)

## 同 意 書

主 治 医 殿

平成 年 月 日

下記患者が貴院において診療した傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等につき、(公財)日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部の職員または同会が委嘱する者より照会がありましたときは、ご回答いただくことに同意しますので、ご多忙中、誠に恐縮ですが、ご回答いただきますようご依頼申し上げます。また、診断書または証明書の交付もしくは画像診断のフィルムまたはその他検査記録の貸出をお願いしたときは、併せてご協力をお願いします。

患者住所

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 入 院 状 況 申 告 書

<ご案内>

・「入院状況申告書/同意書」はもれなく記入願います。(不明な点は、病院にご確認ください。)・記載内容と異なる事実が判明した場合には見舞金をお支払いいたしません。・診断書のコピーを提出できない場合は、この用紙をお使いください。

公益財団法人日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部 御中

(病院に確認のうえ、正確に記入してください)

傷病者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
ご入院の原因 となった傷病名	(傷病名・発生年月日が不明の場合は、病院にてご確認ください)			傷病発生年月日 ..... 平 成 年 月 日
治療期間 および ご入院期間	初診 年 月 日～終診 年 月 日 ( 月 日現在 加療中・治療・中止)			
	第1回目入院 年 月 日 ～ 年 月 日 (入院日数 日)			
	第2回目入院 年 月 日 ～ 年 月 日 (入院日数 日)			
手術内容 <small>(手術を受けられた場合)</small>	(手術名が不明の場合は、病院にご確認ください)			
	手術名:		手術日: 年 月 日	
いつからどのような症状があったか、初診後の検査内容および検査成績、治療内容、経過などをご記入ください。				
ご入院された病院または診療所  所在地 _____ 都道府県 _____ 病院・診療所名 _____ 電話 _____ - _____ - _____ 主治医 _____ 科 _____ 先生				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">                     上記医療機関に、この報告書の内容について貴社が照会することについて同意します。                 </div> 上記記載事項は事実と相違なく、万一事実と異なることが判明した場合には、受領した見舞金を返還いたします。 また、貴会が医療機関に対して照会しても回答してもらえない場合は、あらためて貴会所定の「診断書」を提出します。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> 申告者 _____ 印 傷病者との続柄 ( ) <small>(傷病者が未成年の場合は親権者)</small>				
施設長の証明 上記の傷病により 年 月 日から 年 月 日まで休んだことを証明します。 (施設・事業所名/施設・事業所長) _____ 印				

(コピーしてご使用ください)



# 家族弔慰金請求書

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

さぼーと倶楽部 御中

請求日 年 月 日

フリガナ 施設(法人) ・事業所名	フリガナ 事務担当者名
フリガナ 施設(法人) ・事業所所在地	(〒      -      ) 都 道 府 県
電話番号	(      )      -      内線

フリガナ 会員のお名前	会員番号
フリガナ ご住所	(〒      -      ) 都 道 府 県
自宅電話番号	(      )      -

■弔慰金の種類 (該当する弔慰金に✓を付けてください)

<input type="checkbox"/> 配偶者死亡弔慰金	死亡者氏名 死亡年月日    平成      年      月      日
<input type="checkbox"/> 子供死亡弔慰金	死亡者氏名 死亡年月日    平成      年      月      日

上記のとおり、相違ないことを証明します。

施設長・事業所長（理事長）名 \_\_\_\_\_ 印

■弔慰金振込先 (弔慰金の振込先を正確にご記入ください)

フリガナ										
銀行名	銀行					支店				
普通・当座	預金	口座番号								
フリガナ										
口座名										

(コピーしてご使用ください)

# 祝 金 請 求 書

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

さぼーと倶楽部 御中

請求日 年 月 日

フリガナ 施設(法人) ・事業所名	フリガナ 事務担当者名
フリガナ 施設(法人) ・事業所所在地	(〒 - ) 都 道 府 県
電話番号	( ) - 内線

フリガナ 会員のお名前	会員番号
フリガナ ご住所	(〒 - ) 都 道 府 県
自宅電話番号	( ) -

■祝金の種類 (該当する祝金に✓を付けてください)

<input type="checkbox"/> 結婚祝金	結婚年月日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 誕生祝金	子供氏名
	誕生年月日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 入学祝金	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 入学年月日 平成 年 月 日
	子供氏名
<input type="checkbox"/> 資格取得祝金※	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 資格登録年月日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 資格登録年月日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 資格登録年月日 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 知的障害福祉士 受講番号
	<input type="checkbox"/> 知的障害援助専門員 受講番号

※社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士は「登録証」の写し、知的障害福祉士・知的障害援助専門員は「資格認定証」の写しを同送してください。

上記のとおり、相違ないことを証明します。

施設・事業所長 (理事長) 名 \_\_\_\_\_ 印

■祝金振込先 (祝金の振込先を正確にご記入ください)

フリガナ 銀行名	銀行 支店
普通・当座 預金	口座番号
フリガナ	
口座名	

(コピーしてご使用ください)

# さぼーと倶楽部加入申込書

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

さぼーと倶楽部 御中

申込日 年 月 日

フリガナ 施設(法人) ・事業所名		フリガナ 事務担当者名	
施設(法人) ・事業所コード	(毎月初旬にお送りいたします互助会費等個人別明細書をご参照ください。)		
フリガナ 施設(法人) ・事業所所在地	(〒 - ) 都 道 府 県		
電話番号	( ) - 内線		

## ■加入者名簿

No.	氏名 (漢字)	フリガナ	生 年 月 日	性 別
1			大・昭・平 年 月 日	男・女
2			大・昭・平 年 月 日	男・女
3			大・昭・平 年 月 日	男・女
4			大・昭・平 年 月 日	男・女
5			大・昭・平 年 月 日	男・女
6			大・昭・平 年 月 日	男・女
7			大・昭・平 年 月 日	男・女
8			大・昭・平 年 月 日	男・女
9			大・昭・平 年 月 日	男・女
10			大・昭・平 年 月 日	男・女

公益財団法人日本知的障害者福祉協会さぼーと倶楽部に

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 1 日より申込者名簿の \_\_\_\_\_ 人が加入申し込みます。

施設長・事業所長 (理事長) 名 \_\_\_\_\_ 印

(コピーしてご使用ください)

## 会 員 異 動 ・ 変 更 届

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

さぼーと倶楽部 御中

連絡日

年

月

日

下記の会員が異動・変更いたしますので、通知いたします。

異動・変更月	平成 ____ 年 ____ 月 6 日口座引き落とし分より異動・変更 <b>(前月15日まで要連絡)</b>		
フリガナ		フリガナ	
施設(法人) ・事業所名		事務担当者名	
施設(法人) ・事業所コード	(毎月初旬にお送りいたします会費等個人別明細書をご参照ください。)		
フリガナ	(〒 _____ ) 都 道		
施設(法人) ・事業所所在地	府 県		
電話番号	( _____ )	—	内線 _____

### ■勤務先異動届

会員番号	氏 名	異 動 内 容	
	フリガナ	転出先	( _____ ) へ転出
		施設(法人) ・事業所コード※	
	フリガナ	転出先	( _____ ) へ転出
		施設(法人) ・事業所コード※	
	フリガナ	転出先	( _____ ) へ転出
		施設(法人) ・事業所コード※	

※コードは転出先の施設(法人)の「会費等個人別明細書」(毎月初旬に加入施設・事業所にお送りいたしております)からご確認ください。

### ■脱会届

会員番号	氏 名	脱会日	会員番号	氏 名	脱会日
	フリガナ	月 末日		フリガナ	月 末日
	フリガナ	月 末日		フリガナ	月 末日

### ■氏名変更届

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">会員番号</th> <th style="width: 85%;">変更前氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>フリガナ</td> </tr> </tbody> </table>	会員番号	変更前氏名		フリガナ		フリガナ		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 85%;">変更後氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> </tbody> </table>	変更後氏名	フリガナ	フリガナ		
会員番号	変更前氏名												
	フリガナ												
	フリガナ												
変更後氏名													
フリガナ													
フリガナ													

(コピーしてご使用ください)

## 施設（法人）・事業所変更届

連絡日 平成 年 月 日

公益財団法人日本知的障害者福祉協会

下記の施設（法人／事業所）が異動・変更いたしますので、通知いたします。

変更月日	平成	年	月	日	担当者名	
施設・事業所コード					施設・事業所名	

訂正箇所についてのみ記入してください。

項 目	新	旧
設置主体		
経営主体		
ふりがな		
施設・事業所名		
施設種別		
定 員		
ふりがな		
理事長名		
ふりがな		
施設長名		
ふりがな		
事務担当者		
郵便番号		
ふりがな		
電話番号		
F A X		
設置年月日		

(注) 最近の市町村合併により、住所表示の変更になった施設・事業所で変更届出が未了の場合は、  
 当用紙に新住所をご記入のうえ、F A X 下さいますようお願いいたします。

( F A X の送り状等は不要です。本紙のみ送信して下さい。 )

