

都道府県町村会長 殿

〇〇 都道府県 〇〇

市町村長

組合 管理者

△△△△ 印

(押印省略可)

自治体委託業務等災害補償保険 加入依頼書(変更承認請求書)

「自治体委託業務等災害補償保険」に、下記事項が事実と相違ないことを確認し、加入の申込みをします。

- 保険期間 Aプラン : 令和6年4月1日午前0時~令和7年3月31日午後12時
B・Cプラン : 令和6年4月1日午後4時~令和7年4月1日午後4時
- 私人(委託または有償ボランティア)の人数、および年間委託料等合計額、契約プラン欄が不足する場合は職種名・人数・年間委託料等合計額・契約プランを記載した別紙(様式は問いません)を添付してください。

職種名(右の欄で災害補償規程掲載を確認してください。)	人数	年間委託料等合計額(Aプランの場合)	契約プラン
行政区長	20人	6,870,000円	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
交通指導員	15人	8,100,000円	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
〇〇委員会委員	2人	—	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
	人	円	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
	人	円	Ⓐ Ⓑ Ⓒ
合計	人	14,970,000円	

注1)「年間委託料に見込み金額」欄に「貴自治体にて該当職種が災害補償規程に掲載されていることを確認の上、チェックしてください。」

3. 保険料の算出

加入を希望するプランを 契約プランに○をしてください。 いただいた人数・年間委託料等合計額の合計を転記し、保険料を算出してください。

B、Cプランは職種級別をご確認ください。

契約プラン	契約プラン別保険料		
	Ⓐプラン 約定履行費用保険	Ⓑプラン 傷害総合保険	Ⓒプラン 傷害総合保険
保険料(注2) (10円未満四捨五入)	年間委託料等合計額 (14,970,000)円 ÷1,000×12.11 =(181,290)円...①	職種A: (2)人 職種B: ()人 職種A: (2)人×13,630円 職種B: ()人×35,560円 上記計(27,260)円-②	職種A: ()人 職種B: ()人 職種A: ()人×7,300円 職種B: ()人×19,120円 上記計()円-③

変更の場合のみ(該当にマルしてください) ※新たな職種が記載された災害補償規程を確認ください。 ※新たな職種が記載された災害補償規程を確認ください。 ※新たな職種を追加※ 加入職種の人数増減: () その他() (注2)上記の保険料率・保険料は便宜上1年間の保険料率・保険料を記載しています。変更の際は算出方にご注意ください。

〈年間合計保険料〉 Aプラン① 14,970,000円÷1000×12.11=181,286.7円⇒181,290円

208,550円

4. ご担当部署その他

所属部署 担当者名	総務課 〇〇係 △△ △△	加入をする全ての職種は、当自治体が作成する災害補償規程に掲載されていることを確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> ←チェックしてください。
Tel メールアドレス	000-000-1234 XXX@XX.XX.XXX	

* 以下は市町村等では記入しないでください。

自治体委託業務等災害補償保険 加入証

市町村長 殿
組合 管理者

「自治体委託業務等災害補償保険 加入依頼書」を受領し、保険料を受領したことを証します。

注) 都道府県町村会の領収日付き領収印のないものは無効です。

このチェックをもって、加入される全ての職種は災害補償規程に掲載されているものとみなさせていただきます。また、災害補償規程につきましては手引第6章をご確認ください。

* 本加入依頼書に記入していただく個人情報は、本保険の加入手続きの目的以外には使用しません。

* 契約内容の詳細については、「手引」をご参照ください。

加入依頼書 No. _____