

加入手続完了日
年 月 日

ボランティア活動保険
加入申込書

次の通り、愛知県社会福祉協議会を契約者として、ボランティア活動に伴って生じた賠償責任や
傷害を補償するボランティア活動保険に加入します。

他の保険契約があればお申し出ください

カナ		2025年度 月分
団体・グループ名		社協受付印
カナ		
加入申込者氏名 (代表者氏名)	印	
住所・TEL	〒 TEL ()	
主な活動内容		

加入者の方の氏名・加入プランを必ずお付け下さい。

No	加入者氏名	基本プラン	天災プラン	No	加入者氏名	基本プラン	天災プラン
1		A・B・C	A・B・C	11		A・B・C	A・B・C
2		A・B・C	A・B・C	12		A・B・C	A・B・C
3		A・B・C	A・B・C	13		A・B・C	A・B・C
4		A・B・C	A・B・C	14		A・B・C	A・B・C
5		A・B・C	A・B・C	15		A・B・C	A・B・C
6		A・B・C	A・B・C	16		A・B・C	A・B・C
7		A・B・C	A・B・C	17		A・B・C	A・B・C
8		A・B・C	A・B・C	18		A・B・C	A・B・C
9		A・B・C	A・B・C	19		A・B・C	A・B・C
10		A・B・C	A・B・C	20		A・B・C	A・B・C

受付社協
愛知県社会福祉協議会
補償期間
年 月 日 から
※中途加入は、加入手続き完了日の翌日0時から
2026 年 3 月 31日 まで

基本 プラン	(加入者数)	(掛金)	
	A 名 ×	250 円 =	円
	B 名 ×	300 円 =	円
	C 名 ×	500 円 =	円
天災 プラ	A 名 ×	400 円 =	円
	B 名 ×	500 円 =	円
	C 名 ×	800 円 =	円
合計保険料			円