

柏原市住民活動災害補償保険適用団体届出書

令和 年 月 日

柏原市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

柏原市住民活動災害補償保険制度の適用を受けるため、次のとおり届け出いたします。

団 体 名			
代表者名	印	電 話	()
事務所又は 代表者住所		会 員 数	人
		下部団体数	団体
代表者以外 の連絡先	氏名	電 話	()
	氏名	電 話	()
	氏名	電 話	()
	氏名	電 話	()
主な活動 内 容			
市に事務局 がある場合	部	課	係

添付書類 ①会員名簿(役員を明記したもの)

②団体規約または会則

③前年度活動実績書または今年度事業計画書