別紙＜２＞

確定精算用申込書

年 月 日

トライやる・ウィーク推進協議会

（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会） 行

年 月に実施したトライやる・アクション参加者は、下記の通りです。

###### ※実施月の翌月１０日までに原本を兵庫県学校厚生会事務局までご提出ください。（ＦＡＸ不可）

**※終了後、実施月の翌月２０日までにご送金ください**

所属所番号

中学校 校 長 公印

担当者

## （ ）月実施分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実 施 日 | 参加生徒数 | 保険料（参加生徒数×１００円） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

振込予定日

月 日

お振込み口座

三井住友銀行口座番号

口座名義

神戸営業部 （普通預金）

８６１９６２３

トライやる・ウィーク補償事務局

※ 保険料の振込手数料は学校側でご負担ください。

※ お振込みの際は下記名義にてお願いいたします。

実際の申込み業務に係る連絡先

トライやる・ウィーク推進協議会（事務代行：（一財）兵庫県学校厚生会） トライやる・ウィーク補償事務局

〒650-0012 神戸市中央区北長狭通４丁目７番３４号

電 話 ０７８－３３１－９３１７（直通） ＦＡＸ ０７８－３３１－９９１０

振込人名義（例） ○○市立○○中学校