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 日 ～ ５日間実施したトライやる・ウィーク参加者は、下記のとおりです。

所属所番号

 中学校 校 長 公印

担当者

**×５２０円＝**

(※)１日平均ボランティアの計算方法

【延べ参加ボランティア数／実施日数(５日間)】を切り上げ

|  |  |
| --- | --- |
| **参加生徒数** | **１日平均ボランティア**(※) |
| 名 | 名 |
|  | **合計****名** |  |

**確定保険料**

円

**確定保険料**

円

**暫定保険料**

円

**確定精算金**

円

振込予定日

月

日

##### ↑

確定精算時のお振込金額

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。振込人名義（例） ○○市立○○中学校

※ 確定精算用申込書は必ず原本を提出ください。（ＦＡＸ不可）

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