

年度 SON・熊本 保険加入申込書 (新規・継続)

スペシャルオリンピックス日本・熊本の活動に参加するため保険に加入します。

記入日 20 年 月 日

住所	〒					ブランチ		
変更なければ 記載不要	携帯メールアドレス		パソコンメールアドレス					
	携帯電話番号		自宅電話番号FAX番号		TEL: () -			
					FAX: () -			
(ふりがな) 氏 名	生年月日	年齢	性別に○	区分を○で囲む	保険料の種類 (年間保険金額)	どちら かに○	・障害者手帳の有無に○(必須) ・有る人のみ等級を○囲み(任意)	
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート	アスリート保険 (800円)		手帳の有無	有 無
				ファミリー・ボランティア・ コーチ・パートナー	サポーター保険 (300円)		療育手帳	A1 A2 B1 B2
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート	アスリート保険 (800円)		障害者手帳	1級 2級 3級
				ファミリー・ボランティア・ コーチ・パートナー	サポーター保険 (300円)		手帳の有無	有 無
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート	アスリート保険 (800円)		療育手帳	A1 A2 B1 B2
				ファミリー・ボランティア・ コーチ・パートナー	サポーター保険 (300円)		障害者手帳	1級 2級 3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート	アスリート保険 (800円)		手帳の有無	有 無
				ファミリー・ボランティア・ コーチ・パートナー	サポーター保険 (300円)		療育手帳	A1 A2 B1 B2
				ファミリー・ボランティア・ コーチ・パートナー	サポーター保険 (300円)		障害者手帳	1級 2級 3級
				合計金額	円			

※ 保険に加入されない方はスポーツプログラムの参加・大会や競技会への出場が出来ません。

※ パートナーは事前にパートナー登録が必要です。またアスリートと同額の参加費および同じ回数のお席が必要です。

(パートナーとはユニファイドプログラム(競技)でアスリートと組んで活動する方をいい、年齢やレベルに制限があります。)

経理	登録