別記第１号様式

労働災害保険加入承認書

年　　月　　日

長沼町長　　様

長沼町
申請者組織名
代表者氏名　　㊞

労働災害保険に加入いたしたいので、承認下さるよう申請します。

記

１　生産組織の概要

２　生産組織の構成員　　人　内加入者　　人

３　加入者名

世　帯　主	経営面積 ha	加入者氏名	加入基礎日額千円当り保険料	利用機械名