



互助会

課		課長		主		係			
長		補佐		監		長		係	

# 互 保養施設利用助成金請求書

※決定額	件	円
------	---	---

請求金額 円 (通常、1名1泊2,000円)

利用した施設名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 泊)

共済組合の宿泊利用助成券使用 有・無 (○で囲んでください)

会員番号	会員名
—	
利 用 者 名	
会 員	S・H・R 年 月 日
被扶養者	S・H・R 年 月 日
〃	S・H・R 年 月 日

上記のとおり請求いたします。

一般財団法人高知県市町村職員互助会理事長 殿

令和 年 月 日

請求者氏名 \_\_\_\_\_

上記の記載事項は、公務によらなかったことに相違ないことを認めます。  
(但し、被扶養者のみ利用したときは、この証明は不要です)

令和 年 月 日

所属所長 \_\_\_\_\_

- 1.助成は、本会の指定した施設に限る。また領収書がないものは助成されません。
- 2.被扶養者とは、本会で認定された者に限る。
- 3.同一施設の連泊(7日限度)については、一枚の請求書で可能。それ以外については、施設ごと、利用日ごとに請求ください。
- 4.請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。
- 5.※印欄は記入しないでください。

※領収書は裏面に貼付してください。