様式第 12 号

（　　枚中の　　枚）

この申込書は利用日までにホテルレイクビュー水戸に提出してください。
それ以降の提出は受け付けませんのでご注意ください。

所　属　所　名	
組　織　コ　ー　ド	
所属所電話番号	（　　） －

デリバリー弁当等補助申込書

利用年月日	令和　　年　　月　　日（　）	**※利用年月日は必ず記入してください。**
補　助　額 ※いずれかを〇で囲んでください。	1	1，５００円
	2	2，０００円
	3	3，０００円
	4	4，０００円

氏　　名	氏　　名	氏　　名	氏　　名
組合員証番号	組合員証番号	組合員証番号	組合員証番号

予定利用人数	名	予定補助額	円

上記のとおり申込みます。
公立学校共済組合茨城支部長　殿　　令和　　年　　月　　日

（代表）申込者　組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

《注意事項》

１　補助対象は、利用日に茨城支部の組合員です。以下の方は補助の対象にはなりません。
・任意継続組合員
２　他支部（茨城支部以外の支部）の組合員は利用できません。

（施設記入欄）

補　助　額	実利用人数	補助合計額
1,500 円	人	円
2,000 円	人	円
3,000 円	人	円
4,000 円	人	円