

所 属 所 名	
組 織 コ ー ド	
所 属 所 電 話 番 号	() —

契約施設宿泊補助券交付申請書 (FAX 可)

利用施設名			※ 組合員本人が同行しない場合には右の欄に○ を記入して下さい
利 用 日	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日 (泊 日)	
利用者氏名	続柄	生年月日 (満年齢)	《注意事項》 1 宿泊日の 10 日前 までに申請してください。 2 旅行命令権者の旅行命令に係る出張(宿泊)や任意継続組合員の宿泊は補助の対象とはなりません。 3 補助対象者 組合員及びその被扶養者(小学生以上) 4 補助額(組合員・被扶養者共通) 1泊につき1人2,000円 ※ホテルレイクビュー水戸の宿泊補助の利用回数と通算して、1人につき年度内12泊まで。 ※被扶養者に対する補助回数は組合員に係る補助回数に通算します。 5 組合員が同行しない場合でも組合員の氏名及び組合員証番号を記入した上で、※の欄に○を記入してください。 6 同一施設を利用する所属所の異なる組合員は所属所別に申請してください。
組合員証番号			
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	
		年 月 日 (歳)	

上記のとおり宿泊したいので、宿泊利用補助券の交付を申請します。

公立学校共済組合茨城支部長 殿

令和 年 月 日

(代表) 申請者 組合員氏名