令和6年度むらくも会食等利用助成券

公立学校共済組合島根支部

代表者 署　名	所属所名		組合員等記号・番号	公立島根	宿泊 施設 確認欄	
			氏名（自署）			

利用年月日　　令和　　年　　月　　日　　該当する助成額の欄に〇印をつけてください。

組合員等記号・番号 所属所名	氏　名	区　分 （〇で囲む）	特別助成			①会食	②ﾚｽﾄﾗﾝ
			¥5,000助成	¥8,000助成		¥1,000助成	¥500助成
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					
公立島根		本　人 被扶養者					

①会食利用のとき1人あたり料理単価3,500円以上の場合、1,000円の助成となります。

②レストラン利用　　〃　　料理単価1,500円以上の場合、　500円の助成となります。

③特別助成の場合、対象の商品によって特別助成が利用できます。

注意事項　※この助成券は組合員本人（任意継続組合員を除く）及び被扶養者のみ利用できます。

1　この助成券を使用する場合は、代表者（組合員本人）が記入すること。また、被扶養者のみで利用する場合も、組合員本人が記入すること。

2　代表者がこの助成券を利用する場合は、利用者名欄に再掲すること。

3　代表者は、利用者全員の資格確認（組合員本人又は、被扶養者であることの確認）を行い、責任をもって代表者欄に署名（自署）すること。

4　この助成券は、利用前に施設の受付に提出すること。

※サンラポーむらくも記入欄

料　　理	会席・ レストラン・弁当・仕出し		特別：歓送迎会弁当 ・ 年末企画 ・ 配送商品		
利用人数	総利用人数	名	左記のうち組合員	名	
助 成 額	円		支配人	課　長	係　員

〒690-0887　松江市殿町369
サンラポーむらくも
電話（0852)21-2670
FAX　(0852)27-8605

※この助成券は複写して使用することが可能です。

2024.12.2