

保養施設等宿泊利用補助券交付申請書

利用施設名	(補助対象施設名は正確に記入してください。)			
利用者氏名	続柄	年齢	被扶養の別 (該当番号を○で囲む)	※補助券番号
組合員所属				
組合員番号				
	本人		A 組合員 B 共済認定の被扶養者 1 配偶者 2 子(大学・高校・中学・小学生) 3 その他()	
			A 組合員 B 共済認定の被扶養者 1 配偶者 2 子(大学・高校・中学・小学生) 3 その他()	
			A 組合員 B 共済認定の被扶養者 1 配偶者 2 子(大学・高校・中学・小学生) 3 その他()	
			A 組合員 B 共済認定の被扶養者 1 配偶者 2 子(大学・高校・中学・小学生) 3 その他()	
利用補助期間	令和 年 月 日 から	泊 日	令和 年 月 日 まで	
申請者所属名	TEL() FAX()			
住所(補助券送付先)	〒 -			送付先: <input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他
申請者氏名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合山形支部長 殿

<注意>

- ア 補助対象者となる共済認定被扶養者は、小学生以上となります。
- イ 公務による出張については、保健事業による利用補助の対象にはなりません。利用補助を受けた宿泊が公務による出張であることが確認された場合には、利用補助金相当額の返還を求める場合があります。
- ウ ※欄は記入しないでください。
- エ 組合員1名につき年間10枚を発行上限とします(被扶養者分含む)。