

整理番号

令和 年 月 日

公益財団法人 河内長野市勤労者福祉サービスセンター
理事長 西口 栄一 様

請求者氏名 _____ 印

会員番号 _____

事業所名 _____

宿 泊 補 助 申 請 書

公益財団法人 河内長野市勤労者福祉サービスセンター福利厚生事業の宿泊補助に
宿泊利用証明書を添えて申請いたします。なお、補助金は下記の口座に振り込んで下さい。

金額	¥	3	0	0	0
----	---	---	---	---	---

振 込 先	金融機関名 支店名		支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 座番号		

【 補助対象 】 会員本人の利用。申請は年度に一度のみ可能です。

受付日	令和 年 月 日					事務処理
決 裁	局 長	次 長	課 長	係	担当者	<input type="checkbox"/> 受給資格確認
						<input type="checkbox"/> 添付書類確認 <input type="checkbox"/> カード記入
決裁日	令和	年	月	日	振込日	令和 年 月 日

公益財団法人 河内長野市勤労者福祉サービスセンター
宿 泊 利 用 証 明 書

宿泊期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
------	---------------------

宿泊者氏名	
会員番号	
事業所名	

上記内容により宿泊したことを証明する。

令和 年 月 日

【 宿泊先証明印 】

印

公益財団法人 河内長野市勤労者福祉サービスセンター
大阪府河内長野市昭栄町7番3号
TEL 0721-53-9900
FAX 0721-52-2606