

2024年度 リフレッシュ補助金請求書

請求日 年 月 日

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

共済会受付印

以下のとおり補助金を請求いたします。

請求者	会員番号	フリガナ	加入年月日	
		氏名	年 月 日	
	*請求者と口座名義は必ず同じ氏名をご記入ください			
振込先	金融機関名及びコード	支店名及び支店コード	普通預金口座番号	口座名義人(請求者本人に限る)
	銀行 信用金庫 農協	支店(所) 出張所 代理店		フリガナ
	銀行等 コード	支店(所) コード		

利用内容	利用年月日 (年間パスポートは発行日 又は使用開始日)	補助額 (大人1名)	
ご利用された内容・場所等をご記入ください	年 月 日	支払い金額 5,000円以上	補助額 5,000 円
		支払い金額 5,000円未満	実費全額補助 円
共済契約者 又は施設長	上記のとおり相違ありません。		法人番号
	住所(所在地) 法人名 (事業所名) 代表者名 電話番号	⑧	事業所番号

担当者名

TEL

共済会使用欄

理事長 事務局長 係

* FAXで受付けています (FAX番号 077-524-0441)

* 2024/4/1~2025/3/31利用分が対象

* 年度内に会員(利用日に会員期間1ヶ月以上)1人1回のみ請求可能(親族分は不可)

*** 利用内容(利用場所)・利用日・支払い金額のわかる証明、及び、利用・入場された証明となるチケット等****(年間パスポートや紙ベースチケットや半券・入場時に必要なQRコードのプリントアウト等。コピー可)****の提出が必須です。支払証明だけでは、請求出来ません。**

・金額の合算不可 ・内訳のわからない領収書不可(特に手書きの領収書はご注意ください)

* 宿泊費・交通費・飲食代は不可(左記を含むものは全て不可) * 時効に注意(利用日から3か月で時効)

* 共済会の補助券やチケット斡旋、交流事業等で取り扱うものは原則不可

* 請求前に今年度の対象となるか、よくご確認ください。不明な場合は共済会へお問い合わせください。