

## 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

- \* F A Xで受付けています。(F A X番号 077-524-0441)
- \* 利用内容(利用された場所)・利用日・支払い金額のわかるものを  
証明書類としてお送りください。証明書類は、組み合わせていただいて  
結構ですが、証明書類(領収書)の金額の合算は出来ません。
- \* 請求は会員(利用日に会員期間1ヶ月以上)一人につき、  
年度に1回です。
- \* 利用日が過ぎてから(利用後に)請求してください。
- \* 共済契約者又は施設長の印は、必ず鮮明に押印をお願いします。  
会員本人印は不要です。
- \* お知らせいただいた個人情報は、その利用目的の範囲でのみ利用します。  
※請求の可否が判断できない場合は、請求前に共済会へご確認ください。  
※共済会通年チケット及びチケット斡旋取扱施設は請求出来ません。  
ただし、劇団四季等で、チケット斡旋と演目が違う場合は請求可能です。

担当者名

TEL

\* 2023年度は  
2023/4/1~2024/3/31利用日分まで  
ご請求いただくことが出来ます。

\* 請求は会員本人分のみ有効  
(親族分不可)です。

共済会使用欄		
理事長	事務局長	係