

地方職員共済組合奈良県支部
宿泊利用助成請求書

宿泊利用助成金 _____ 円

宿泊証明書のとおり地方職員共済組合の宿泊所を利用したので、領収書等関係書類を添えて上記金額を請求します。

(注) 領収書には、領収印の押印及び利用施設名・住所の記載を必ず確認してください。
組合員同士で利用の場合も、個別の領収書が要となります。
助成回数上限：年間 5 回

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

地方職員共済組合奈良県支部長 殿

職員 番号							所属名	
							フリガナ	
							氏 名	
							所属電話番号	

宿 泊 証 明 書

組合員証記号・番号	宿 泊 者 氏 名	
地・奈良		

上記の者が、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 泊 _____ 日で当施設に宿泊したことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 在 地 _____

宿泊施設名 _____

施設連絡先 T E L _____

代 表 者 名 _____ 印

※《宿泊施設担当者の方へ》

この証明書は、地方職員共済組合奈良県支部組合員が、支部に対して、宿泊助成を請求する際に使用しますので、「宿泊者氏名等」内容を確認のうえ押印をお願いします。

※《対象宿泊施設》

- ①地方職員共済組合の宿泊所
- ②公立学校共済組合の宿泊所（ホテルリガーレ春日野を含む。）
- ③警察共済組合の宿泊所
- ④東京都職員共済組合の宿泊所
- ⑤指定都市職員共済組合の宿泊所
- ⑥市町村職員共済組合の宿泊所
- ⑦都市職員共済組合の宿泊所
- ⑧全国市町村職員共済組合連合会の宿泊所