

(別紙様式1)

愛知県民間社会福祉事業職員共済会
リフレッシュサポート事業
利用申込書

(枚中 枚目)

申込月日/ . .
利用券発行日/ . .
利用券番号/

(旅行代理店名)

御中

| | | | | | |
|------------|---------------------|--|------------------|--------|--|
| 所 属 事業所 | 所属事業所名 (事業所/部・課) | | | 会員証明欄 | |
| | 電話番号 | | 共済会 事業所 番号 | 証明者職氏名 | |
| | FAX番号 | | | 印 | |

| | | | |
|------------|---|---------------|--|
| 利用 代表者名 | ① | 連絡先 (電話番号) | |
|------------|---|---------------|--|

| | | | | | | |
|------|-----|---------|--------|----|----|---------|
| 利用旅行 | 旅行日 | 商品名・行先名 | 単価(大人) | 大人 | 小人 | 取扱支店受付印 |
| | 月 日 | | | | | |

| | 共済会 会員番号 | 利用者氏名 | 共済会会員区分 | | 支給対象 | | 助成金額 |
|------------|--|-------|---------|-----|------|-------|------|
| | | | 会員 | 非会員 | 可 | 否 | |
| 代表者 | ① | | | | 可 | 否 | |
| その他 利用者 | ② | | | | 可 | 否 | |
| | ③ | | | | 可 | 否 | |
| | ④ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑤ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑥ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑦ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑧ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑨ | | | | 可 | 否 | |
| | ⑩ | | | | 可 | 否 | |
| | <small>・11人以上でご利用される場合は用紙をコピーして使用して下さい。 その場合、利用代表者欄は1枚目のみ記入して下さい。 ・小人は3歳以上12歳未満です。</small> | | | | | 助成金額計 | |
| | | | 名 | 名 | | | |

★申込手続

- ① 利用の際、用紙の太線枠内にご記入の上、事業所長等に会員の証明を受け、旅行代理店へお申し込みください。
- ② 予約完了後、利用者は共済会へ利用申込書を FAX してください。(共済会は確認後、事業所へ FAX を返信します)
- ③ 共済会確認印を受けた利用申込書を窓口にてご提示のうえ、利用料金から助成金を差し引いた金額(本人負担額)を旅行代理店にお支払いください。

| | |
|----------------------------|--|
| 共 済 会 確 認 印 | |
|----------------------------|--|

送信先 愛知県民間社会福祉事業職員共済会
FAX 052-212-5510