

FAX不可

記入例

毎月15日必着

コピーしてお使いください

平成 年 月 日

給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター 理事長 様

|     |                 |               |       |              |
|-----|-----------------|---------------|-------|--------------|
| 請求者 | 事業所名            | 株式会社 ふれあう商事   | 事業所番号 | 00000        |
|     | 事業主名<br>(代表者氏名) | 代表取締役 ふれあう 太郎 | 電話番号  | 096-000-0000 |
|     | 所在地             | 熊本市中央区黒髪〇-〇-〇 |       |              |

受 付

押印をお忘れなく

委任状 ※事業主の請求についても、下記に記入・押印ください。

私は、上記の者を請求者として定め給付・補助金、永年褒賞記念品の請求、受領に関して委任します。

|      |                        |      |         |
|------|------------------------|------|---------|
| 会員番号 | 0001                   | 会員氏名 | ふれあう 花子 |
| 会員住所 | 記入不要 (※但し、給付金請求の場合は必須) |      |         |

請求する項目1つに〇印を記入してください。

※複数の申請をする場合は、請求書を分けてご利用ください。

|      |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | ¥ | △ | △ | △ | △ | △ |
|------|---|---|---|---|---|---|

※訂正不可

| 項目                                                    | 金額                                                | 内 容                                                                                  | 備考                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 成人祝金                         | 10,000円                                           | 会員の生年月日 H 年 月 日                                                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> 結婚祝金<br>配偶者氏名 ( )            | 10,000円                                           | 入籍日 H 年 月 日                                                                          | 変更が<br>場合<br>届」必須                  |
| <input type="checkbox"/> 出産祝金<br>子の氏名( )              | 10,000円                                           | 出生日 H 年 月 日                                                                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> 小学校入学祝金<br>子の氏名( )           | 5,000円                                            | 小学校名 ( )<br>【H ____年 4月入学】                                                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> 中学校卒業祝金<br>子の氏名( )           | 10,000円                                           | 中学校名 ( ) 中学校<br>【H ____年 3月卒業】                                                       |                                    |
| <input type="checkbox"/> 結婚25周年祝金<br>配偶者氏名 ( )        | 15,000円                                           | 入籍日 H 年 月 日                                                                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> 傷病見舞金                        | 10,000円                                           | 傷病名 ( )<br>受診病院名 ( )<br>欠勤期間 H 年 月 日~H 年 月 日                                         | ※内容に不明点があつたときは<br>受診病院に確認する場合があります |
| <input type="checkbox"/> 死亡弔慰金<br>【本人】                | 入会15年以上 70,000円<br>入会15年未満 50,000円                | 死亡日 H 年 月 日<br>入会日 S・H 年 月 日<br>相続人氏名 ( )<br>会員から見た続柄に〇→ 配偶者・子・親・                    | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> 死亡弔慰金<br>【配偶者】               | 30,000円                                           | 死亡者氏名 ( )<br>会員から見た続柄に〇→ 夫・妻<br>死亡日 H 年 月 日                                          | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> 死亡弔慰金<br>【一親等血族】             | 10,000円                                           | 死亡者氏名 ( )<br>会員から見た続柄に〇→ 実父・実母・実子<br>死亡日 H 年 月 日                                     | ※添付書類<br>必須                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 旅館等利用補助           | 1,500円                                            | 利用期間 H〇〇年〇月〇日~H〇〇年〇月〇日<br>生年月日 T C 年 月 日 ( 歳)                                        | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック受診補助                    | 5,000円                                            | 受診日 日 帰 H 年 月 日<br>宿泊 H 年 月 日~H 年 月 日<br>受診料金 円 ※15,000円(税抜)以上                       | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> コンサート・観劇等<br>利用補助            | 1,500円                                            | 利用日 H 年 月 日                                                                          | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> 商工会議所検定試験<br>受験補助            | 2,000円                                            | 受験日 H 年 月 日                                                                          | ※添付書類<br>必須                        |
| <input type="checkbox"/> サンライフ熊本<br>講座・施設利用補助<br>【会員】 | 2,000円<br>※1回2,000円<br>以下の支払いは<br>その金額<br>教材費自己負担 | 講座開講日・施設利用 E H 年 月 日<br>講座名・利用施設名 ( )<br>同居家族参加の場合 家族氏名 ( )<br>会員から見た続柄に〇→ 配偶者・父・母・子 | ※添付書類<br>必須                        |
| 永年褒賞 (5年・10年・20年)<br>※該当年数に〇をつけてください                  | カタログギフト                                           | 発生年月 H 年 月<br>(ふれあう共済に加入してから5年・10年・20年を迎えた年月)                                        |                                    |

金額訂正は不可ですので  
誤った金額をご記入された場  
合は再度作成してください

※添付書類は請求一覽で必ずご確認ください。

※請求書に不備等があつた場合や事由発生前の申請については請求書を返送します。

※2名以上で申請するときは「ふれあう共済HP」から専用別紙がダウンロードできます。

**この証明書だけでは補助金の請求はできません**

**必ず「給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書」に添付してください**

※ふれあう共済HPよりダウンロードできます

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター

## 旅館等利用証明書

### 会員記入欄

|                  |                                                                      |       |   |   |   |   |   |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|
| 事業所名             | 株式会社 ふれあう商事                                                          | 事業所番号 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 利用者氏名<br>(フルネーム) | ふれあう 太郎<br><small>※複数名で利用の場合はその代表者氏名</small>                         |       |   |   |   |   |   |
| 利用者数             | 3 名                                                                  |       |   |   |   |   |   |
| 利用期間             | H ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ H ○○ 年 ○ 月 ○ 日<br><small>(チェックイン) (チェックアウト)</small> |       |   |   |   |   |   |

### 会員様へのご案内

- ※宿泊施設にこの証明書を持参し、下記証明欄に記入・押印をお願いして下さい。
- ※請求期限は宿泊最終日から1ヵ月以内です。請求期限を過ぎますと無効となります。
- ※会員1名につき年度内(4月1日~翌3月31日)1回まで。
- ※海外旅行の場合は、旅行会社に記入・押印を依頼し、宿泊先の記載がある行程表を添えて請求してください。

### 以下、利用先施設記入欄

#### 宿泊施設ご担当者様へお願い

この用紙は、当センターの会員が宿泊補助金を請求するための確認書類になります。お手数ですが、内容を確認後、下記にご記入・押印のうえ、宿泊会員にお渡しいただきますようお願い致します。

上記のとおり、当施設を利用されたことを証明します。

平成 年 月 日

**宿泊施設の記入・押印必須**

旅館等名 ふれあう旅館

所在地 〒862-△△△△ 熊本県熊本市中央区○-△

旅館等責任者氏名 TEL 096-○○○-△△△△

電話番号 共済 太郎 共済

ふれあう旅館代表者之印

※サイン不可

(例)

※朱肉での押印必須  
①または②

①社印 → ふれあう旅館代表者之印

②フロント担当者氏名(フルネーム)と押印  
共済 太郎 共済