ライフアップたちかわ FAX:042-527-5126

旅行（宿泊）助成金請求書

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター　理事長　様
必要書類を添えて請求いたします。

太枠内をご記入ください。

事業所番号						年　　月　　日
事業所名						
会員（申請者）名						
宿泊施設名						
旅行年月日	年　　月　　日～　　年　　月　　日					

※会員番号は必ずご記入ください。

No.	会員番号	利用者名	No.	会員番号	利用者名
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		
助成金額	会員のみ　@4,000円　×　　人		合計　　円		

※旅行会社の領収書で宿泊施設名が記載されていない場合は、行程表等を添付してください。
※請求される方が多数の場合は、№2の用紙をご利用ください。

◆**希望振込口座**　【毎月15日締めの当月末日（最終営業日）支払い】

□ **事業所口座振込**　※事業所口座は、センターに登録の給付金振込口座となります。

□ **会員（個人）口座振込**　※個人口座振込の場合のみ下記をご記入ください。

金融機関名	店名	預金種目	口座番号
銀行・組合 農協 信用金庫	店	□ 普通 □ 当座 □ 貯蓄	
フリガナ			
口座名義人			

注　意：ゆうちょ銀行の振込口座を希望される方は、**振込用の「店名・預金種目・口座番号」**が必要です。ゆうちょ銀行窓口またはホームページで確認のうえ、ご記入ください。

＊事務局使用欄

受付印

発券番号	入力印	支払方法

会員数	助成金額
	円

ライフアップたちかわ FAX:042-527-5126

旅行助成金（日帰り/宿泊）請求書ＮＯ．２

この用紙は、旅行（宿泊）助成金請求書の利用者欄が不足の場合に使用してください。

※会員番号は必ずご記入ください。

No.	会員番号				利用者名	No.	会員番号				利用者名