別紙様式第３号

宿泊施設利用助成券交付申請書

組合員等記号・番号	１２３－４５６７８	所属所名	○○市
組合員氏名	共済　太郎		
利用者氏名等	レ □組合員　共済　太郎		
	□被扶養者　共済　花子		)
	□被扶養者　共済　一郎	（組合員との続柄　長男　）	
	□被扶養者	（組合員との続柄　）	
	□被扶養者	（組合員との続柄　）	
利用施設名及び利用（宿泊）年月日等	施設名　○○○○○○		
	△△年　4月　1日　～　△△年　4月　3日（宿泊数：　2　泊）		
	施設名		
	年　月　日　～　年　月　日（宿泊数：　泊）		
	施設名		
	年　月　日　～　年　月　日（宿泊数：　泊）		
利用目的	観光		
特記事項	４歳の子供一人、朝夕食事付で、寝具使用予定		

・組合員及び被扶養者以外の方はご利用できません。
・子（乳幼児等）については宿泊料金をよくお確かめのうえ申請してください。
（宿泊料金が助成金額に満たないときはご利用いただけません。）

必ずご記入ください。
※公務出張にはご利用できません。

上記のとおり宿泊施設を利用したいので、宿泊施設利用助成券　5　枚交付を申請いたします。

1組合員につき毎年度5枚を限度とします。

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

令和△　年　3月　20　日

（申請者）

住　　所　〒371-8505

前橋市元総社町335－8

組合員氏名　共済　太郎

電話番号　027－290-1360

勤務先電話番号　027－290-1360　（内線　××××　）

（注）１　必ず施設に予約してから申請してください。
２　助成券の交付には１０日間程度要しますので、日程に余裕をもって申請してください。
３　助成券の交付枚数（アルペン助成券を含む。）は、組合員一人につき、毎年度５枚を限度とします。
４　公務出張には利用できません。
５　幼児等がいる場合は、特記事項に人数並びに食事及び寝具等の有無を記入してください。