

(福利厚生共済制度)

決裁 平成 年 月 日

補助金額	部長	課長	係長	担当者

日帰りツアー利用申込書

(あて先)
社会福祉法人
福岡市社会福祉協議会 会長

平成 年 月 日

下記により利用を申込みます。

施設名 _____

ツアー代表者 _____

職員コード	氏名	印	職員との 続柄	年齢	コース 番号	コース名	利用日	旅行代金 (円)	補助額 (円)
合計									

※被扶養者が補助を受ける場合には、健康保険証のコピー、配偶者扶養の子が補助を受ける場合は子の健康保険証のコピーと世帯全員の住民票を添付してください。
 ※ツアー参加の取り消しについては、ツアー利用日の10日前から取消料金が発生します。取消料金は、本人負担となります。
 ※網掛け部分は、本会で記入します。

受付番号	西鉄予約番号