

# 旅行補助請求書

退職

特別会員氏名	特別会員番号		
旅行先			
旅行期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※ <u>1泊2日以上</u> の旅行期間を証明する書類を添付してください。		
旅行費用	※ 旅行者の領収書等、 <u>3万円以上</u> の旅行に係る自己負担額を証明できる書類を添付してください。 円		
旅行形態 (該当するものに○)	1. 団体旅行(ツアー等)     2. 個人旅行     3. パック旅行 4. 教職員退職互助部支部事業の旅行(     支部) 5. その他(     )		
備考			
<p>上記のとおり請求します。                  (一財)高知県教職員互助会理事長 様                  平成 年 月 日 千 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号(     )     —</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏(請求者)名     印</p> <p style="text-align: center;">続柄(     )</p>			
※ 給付額	10,000 円	※ 備考	
振込先(請求者名義)特別会員 以外の方が請求する場合のみ記入ください	金融機関名	店名	普通預金口座番号
	銀行・信金 労金・農協	本店・出張所 支店・支所	

(注) i 旅行先、出発日、旅行期間及び旅行費用を証明する領収書等を添付してください。  
 ii 退職互助部の支部事業である旅行に参加した場合は、支部長の発行した領収書等を添付してください。  
 iii 厚生事業の給付ですので、原則として出発日の属する年度内に請求してください。  
 iv 原則として特別会員本人が請求します。なお、特別会員名義の給付金の振込先は互助会に届出いただいておりますので記入の必要はありません。