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 ※　１泊２日以上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	円　　※　旅行業者の領収書等、３万円以上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。		
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．退職互助部支部事業の旅行（　　支部） ５．その他（　　）		
備　考			

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　〒□□□－□□□□

住　　所

電 話 番 号（　　）　　－

フ リ ガ ナ
氏 （請求者） 名　　印

続　　柄（　　）

※　給　付　額	１０，０００　円	※ 備考	

振込先（請求者名義）	金 融 機 関 名	店　　名	普通預金　口座番号
特別会員以外の方が請求する場合のみ記入ください	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裏面貼付してください。

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ありません。