

会合利用補助申込書

● 補助対象者は公立学校共済組合福岡支部の組合員(任意継続組合員を含む)本人に限ります。

所属所名	TEL					
代表者氏名						
利用施設名	福岡リーセントホテル ・ 小倉リーセントホテル					
利用年月日	令和 年 月 日					
No.	利用組合員氏名 組合員証番号	所属所名等	No.	利用組合員氏名 組合員証番号	所属所名等	
1			11			
2			12			
3			13			
4			14			
5			15			
6			16			
7			17			
8			18			
9			19			
10			20			
利用者数計 名						
施設記入欄	補助額	(500円× 人) (700円× 人) (1,000円× 人)	(1,500円× 人)	(2,000円× 人)	(2,500円× 人)	合計
	利用額単価					
		円	円	円	円	円
		@ 円	@ 円	@ 円	@ 円	円

(注意)

- 1 所属所名欄には、代表者の所属所名を記入してください。(会合・団体名は不可)
- 2 代表者も、利用組合員氏名欄に再掲してください。
- 3 1人当たりの利用料金に応じて、次の金額を補助します。

1,000円以上1,500円未満	1人につき	500円
1,500円以上2,000円未満	1人につき	700円
2,000円以上5,000円未満	1人につき	1,000円
5,000円以上6,500円未満	1人につき	1,500円
6,500円以上8,000円未満	1人につき	2,000円
8,000円以上	1人につき	2,500円

- 4 利用者は、利用料金から補助額を控除した金額を施設に支払ってください。

- 5 この利用補助を組合員本人以外(被扶養者等は不可)が利用した場合や、不正に申請したことが判明した時は、代表者を通じて補助相当額を支払っていただきます。

コピーしてご使用ください。