

No. _____

吹田市勤労者福祉共済宿泊補助申請（請求）書兼口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

↑※日付は記入不要です。

申請（請求）者住所 **吹田市××町1-3-40**

申請（請求）者氏名 **岸 部 美 子**



↑自署の場合は押印不要。自署の場合も捨署名をご記入ください。

〔 捨署名 **岸 部 美 子** 〕

下記のとおり、吹田市勤労者福祉共済による宿泊補助について申請します。補助決定後は請求金額を下記の口座に振り込んでください。

事業所名	(有)SUIT	被共済者番号	5 5 5 5 5 0 0 0 4
申請者氏名	岸 部 美 子	宿泊日	令和××年 5 月 3 日
証 明 欄 上記の者が上記の宿泊日に当所に宿泊したことを証明します。 令和××年 5 月 4 日 所在地 〇〇県△△市××町5-5 ※ 宿泊証明なき場合は、本人の宿泊した事が記載された領収書の添付でも可。 ※ 1 宿泊所名を手書きされる場合は必ず押印してください。 宿泊所名 ☆ ★ ホ テ ル 電話番号 90-2356-8754			

捨 印



← 同一印で押印
スタンプ印・シャチハタ不可

振込先口座 ※2			
申請及び請求金額	¥3, 000 -		
銀行名	△× 銀行 信用金庫	口座番号	9 8 7 5 4 3
支店名	×△ 支店 出張所	口座名義フリガナ	キシベ ミイコ
預金種別	普通 ・当座	口座名義	岸 部 美 子

※ 2 上記口座へ初めて振込依頼をする場合は、必ず通帳等（金融機関名・支店名・預貯金種別・口座名義・口座番号を確認できるもの）の写しを添付してください。

- 【注意事項】
- 振込先口座は、被共済者本人名義のものに限ります。
 - 訂正事項のある場合は、必ず訂正印を押してください。（証明欄は宿泊先代表印）
 - 押印する場合は、捨印欄にも同一印を押してください。（スタンプ印・シャチハタは不可）
 - 消せるボールペン（フリクションボール等）は使用できません。

※ 本共済で収集した個人情報、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。