

羽 曳 野 市 勤 労 者 互 助 会  
宿 泊 証 明 書

宿夏

申請者	会員番号						氏名	印
	自宅住所						自宅TEL	( )
	事業所名						事業所TEL	( )
宿泊施設名								
宿泊期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (泊日)						
No.	会員番号	宿泊者氏名	年齢	性別	区分(○を付けてください)	補助額		
1				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
2				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
3				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
4				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
5				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
6				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
7				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
8				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
9				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			
10				男・女	会員・家族 (2,000円) (1,000円)			

振込先	金融機関名					支店名	
	口座種別	1. 普通 2. 当座				フリガナ	
	口座番号					口座名義	

- ※ この宿泊証明は、毎年度7月1日～9月30日までの期間、会員及び同居の家族につき(ただし家族のみの宿泊は不可)、1泊まで宿泊補助をするものです。ただし、小学生未満は補助対象外です。
- ※ 申請者(宿泊会員)は太枠の中を記入し、宿泊施設にて証明してもらってください。

施設主各位

上記のとおり、当互助会の被登録者及びその家族が貴施設を利用いたしますので、よろしくお取り計らいの程、お願い申し上げます。

羽 曳 野 市 勤 労 者 互 助 会

〒 583-8585 大阪府羽曳野市誉田4-1-1 羽曳野市役所内

TEL 072(947)3714 直通

- 宿泊施設記入欄(お手数ですが、証明願います。)

上記内容にて宿泊したことを証明する。

(宿泊施設名)

印