

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 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊日)						
No.	会員番号	宿泊者氏名	年齢	続柄	区分 (○を付けてください)	補助額
1				会員	会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
2					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
3					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
4					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
5					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
6					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
7					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
8					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
9					会員・家族 (2,000円) (1,000円)	
10					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