

本件 支給決定してよろしいか、お伺いします。						
常務理事	事務長	次長	課長	担当	起案	平成 年 月 日
					決裁	平成 年 月 日
					支給日	平成 年 月 日
資格確認		通知確認			支給額	円

契約保養所利用補助金請求書

様式第1号

平成 年 月 日

請求者	ふりがな			事業所番号	加入員番号	受給者番号
	氏名		(印)			
	事業所名称 (支店名まで)					

宿泊利用者	加入員番号 受給者番号	氏名	性別	本家人族	宿泊数 泊	委任	金額
				男・女	本家人族	泊	(印)
			男・女	本家人族	泊	(印)	円
			男・女	本家人族	泊	(印)	円
			男・女	本家人族	泊	(印)	円
			男・女	本家人族	泊	(印)	円
			男・女	本家人族	泊	(印)	円

大阪府建築厚生年金基金から受ける、契約利用補助金の受領方を請求者に委任します。

振込先	銀行		支店 (普通・当座)		口座番号	
	ふりがな				備考	
	口座名義人					
届出住所	〒 () -					

請求時には必ず健康保険証のコピーを添付してください。
振込先は個人の口座を記入してください。
また、口座名義人と請求者が同一の場合は、口座名義人欄の記入は不要です。

裏面に宿泊証明を受けて下さい。!

大阪府建築厚生年金基金

注 意 事 項

利用者の方へ

1. 補助金

対象者・・・事業主・加入員・年金受給者並びにその家族です。

ただし、宿泊料金を必要としない者及び満3歳未満の幼児については、支給しません。(健保証に記載されている方。)

金額・・・1人1泊につき1,000円です。

回数・・・各対象者とも年度間3泊までとします。

優待利用券をご利用された場合は、基金規程により補助金請求はできません。

2. 契約保養所に宿泊された際、下記宿泊証明欄に証明をもらって、当基金へご請求ください。なお、この証明は、宿泊施設1件につき証明を受けて下さい。

3. グループ旅行をされた場合の補助金請求は、請求者の方に委任して下さい。

(委任欄に捺印の上ご請求下さい。但し、ご家族の方の委任は、不要です。)

4. 振込金融機関(郵便局等は除く)は、請求者の個人の口座をご記入ください。

契約保養所の方へ

宿泊時に、利用者より提示がありましたら、ご確認のうえ下記の証明捺印のほどよろしくお願ひ申しあげます。また、宿泊年月日記入欄には、必ずご記入くださいますよう併せてお願ひ申しあげます。

・お問い合わせは、大阪府建築厚生年金基金へ

〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 06-6943-6462

	利用人数	名	宿泊延日数	泊
保 養 所	標記利用者が、宿泊したことを証明いたします。			
	宿泊年月日	平成	年	月 日
証 明 欄			平成	年 月 日 (泊日)
	契 約 機 関	国民休暇村 国民宿舎 国民年金保養センター 厚生年金福祉施設 メルパルク	JTB 健保連保養所 阿児の荘(但し、建築健保 組合員を除く) レクレーションハイツ 基金契約保養所	保 養 所 名

