様式第6号（退職互助）

一般財団法人　千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

福祉施設利用補助金請求書

下記のとおり福祉施設利用補助金を請求します。

※太枠内を記入

請求日	年　月　日
会員番号（右詰め）	
会員氏名	
住所	（〒　－　）　（電話　－　－　）

決定額	
互助会使用欄	

利用内訳

宿泊日	宿泊数（連泊は2泊まで）	指定施設名
年　月　日	泊	
年　月　日	泊	
年　月　日	泊	
年　月　日	泊	
年　月　日	泊	
年　月　日	泊	
宿泊数合計	泊	

- 1泊 1,000円以上の支払い（同一施設の連泊は2泊まで）が請求の対象です。
- 会員氏名・宿泊日・宿泊日数・宿泊料金 の記載のある『領収書』を添付してください。

→ 確認できないときは、下の該当する項目に ☑ を記入してください。

☐ 『領収書』の宛名と請求者が異なっていますが、宿泊したことに相違ありません。

☐ 複数人の退職互助事業会員で利用しました。『領収書』は、下の会員の請求書に添付しています。

会員番号［　　］・ 会員名［　　］

☐ その他の理由：　　.

※ 遺族が請求する場合は、ご記入ください。

請求者名（遺族）		
連絡先	電話	
	住所	〒

（送付先）〒260-8629
千葉県千葉市中央区中央4-13-10　千葉県教育会館 新館8階
一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会
（問合せ先）TEL ： 043-223-4141

（2025.2）