

補助金額	部長	課長	係長	担当

宿泊旅行利用申込書

(あて先)
 社会福祉法人
 福岡市社会福祉協議会 会長

下記により補助を申請いたします

加入施設名

加入職員氏名

印

職員コード	氏名	印	職員との 続柄	年齢	商品コード	日程	補助額 (円)
					商品名		
						月 日～ 泊 日	
						合計	

※対象となる旅行は、西鉄旅行（株）が実施している1泊以上の宿泊と公共交通機関の往復利用がセットされたパック旅行（国内限定）です。

※補助申請をする場合は、出発日の4週間前までに「宿泊旅行利用申込書」を、市社協窓口へ提出してください。

※加入職員と同行する家族が補助を受ける場合には、世帯全員の住民票(続柄記載)を添付してください。

※旅行を取り消しされる場合は、出発日の21日前から取消料金が発生しますので、ご注意ください。

※取消料金は、加入職員本人負担となります。

※網掛け部分は、記入は不要です。

受付番号	西鉄予約番号