

様式第50号

福祉事業（旅行費）申請書

認定番号

地方公務員災害補償基金 支部長 殿 下記の旅行費の支給を申請します。	申請年月日	年	月	日
	申請者の住所			
フリガナ				
氏				名

1 関被 す災 る職 事員 項に	所属団体名	職名	<input type="checkbox"/> 常勤
	所属部局名	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 令第1条職員
	負傷又は発病の年月日	福祉事業の実施の承認年月日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日生 (歳)

2 旅 行 費 の 内 訳	(旅行の目的)													
	<input type="checkbox"/> 補装具 (<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 装着) <input type="checkbox"/> リハビリテーション													
	往			発			經由			着				
	旅行区間			復			經由			着				
	旅行期間						泊			日				
	年 月 日から						年 月 日まで							
	月日	出発地	到着地	宿泊地	鉄 道		船 舶		車		急行 料金等	宿泊数	宿泊料	計
					路程	運賃	路程	運賃	路程	運賃	円	泊	円	円
					km	円	km	円	km	円				
	合 計													

3 旅行費申請金額	円
-----------	---

4 送 金 希 望 口 座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する												
	個人番号												
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する												
	金融機関名			本支店等名			口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
口座番号			口座名義人 氏名 (フリガナ)										
<input type="checkbox"/> その他													

* 受理	所属部局			任命権者			基金支部		
(到達した年月日)	年	月	日	年	月	日	年	月	日
* 決定金額	円	* 通知	年	月	日	* 支払	年	月	日

[注意事項]

- 申請者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「2 旅行費の内訳」の欄の「宿泊料」については、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「4 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要がないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。