

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 静岡県 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	

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				経由				着			
	復		発				経由				着			
	旅行期間						年 月 日から		泊		日			
	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、該当する口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はないこと。
- 年月日の記載には元号を用いる。