

施設名				
利用年月日	令和	年	月	日 ～ 泊

* 宿泊者名欄は、本人またはその扶養家族で、利用料金が発生した方のみ

宿 泊 者 名 簿	加入者番号又は年金証書番号 (生 年 月 日)	宿泊者名 *自署の場合、押印不要。	続柄	年齢
	加・年 No. (昭 平 令 年 月 日)		⑩	歳
	加・年 No. (昭 平 令 年 月 日)		⑩	歳
	加・年 No. (昭 平 令 年 月 日)		⑩	歳
	加・年 No. (昭 平 令 年 月 日)		⑩	歳
	加・年 No. (昭 平 令 年 月 日)		⑩	歳

* 口座名義は、加入者の方または当基金から年金を受給されている方をご記入下さい。

代 表 請 求 者	フリガナ					日中連絡がつく電話番号
	口座名義					
	住所	〒				
	振込場所	金融機関コード			支店コード	
	預金種目	普通	預金口座番号			

事業主証明欄	本書記載の宿泊者は、基金の加入者またはその家族に相違ないことを認めます。 事業所番号() 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
--------	---

ご利用と補助金の請求について

1. 宿泊の予約は、施設へ直接申込みください。
2. 利用料金は、施設で定められた料金に従って現地でお支払ください。
3. 補助金の請求は、宿泊利用後すみやかに基金までご請求ください。
4. **請求書は自署(押印)した原本をお送りください。コピーでのご提出はお受けできません。**
5. **領収書(個人氏名で利用人数・宿泊日の確認ができるものでコピー可)を必ず添付してください。**
6. 宿泊補助金の支給範囲は加入者および年金受給者1人1泊2,000円、その扶養家族1人1泊1,500円の補助となります。
7. 利用料が補助金額に満たない場合は、利用料を上限として補助します。
8. 補助金支給の限度は当該年度(毎年4月1日から翌年3月末)を通じ加入者および年金受給者1人につき、その家族を含め延べ10泊です。
9. 年金受給者(退職している方)の方は「事業主証明欄」は空欄に、他はすべて記入してください。
10. 会社の慰安旅行、団体旅行等は補助の対象となりません。

補助金の請求先

そくりょう&デザイン企業年金基金
〒162-8626 東京都新宿区山吹町11-1
TEL:03-3235-7221(総務課)