

提携外施設宿泊助成申請書

令和 年 月 日

宿 泊 証 明 書

会員番号	
会員氏名	印
宿泊施設名	
宿泊年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊)
<p>上記の者が当施設に宿泊したことを証明します。</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者 印</p>	

発行責任者

公益財団法人 新発田市勤労者福祉サービスセンター
 新潟県新発田市中央町4丁目10番10号 TEL0254-22-8000

●宿泊助成金の請求方法

- ①事前に、会員番号・会員氏名・宿泊施設名・宿泊年月日を記入し、宿泊当日チェックインの際フロントに提出し、太枠内に宿泊証明を依頼してください。
 - ②この用紙を当センターへ提出し、助成金をお受け取りください。
- ※年度内2泊まで申請できます。 ※『利用助成券』との併用はできません。

受 領 書

令和 年 月 日

(公財) 新発田市勤労者福祉サービスセンター理事長様

宿泊助成 1泊 1,000円 × 泊 = _____ 円

上記の宿泊助成金正に受領しました。

事業所名 _____

受取人氏名 _____