

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	申請年月日	年	月	日
支部長 殿	申請者の住所			
下記の旅行費の支給を申請します。	フリガナ 氏 名			

1 関被 する災 害事 員に	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 区 間	年 月 日から 年 月 日まで																
旅 行 期 間	年 月 日から 年 月 日まで																
費	月日	出発地	到着地	宿泊地	鉄 道		船 船		航 空		その他の交通		宿 泊		その他	計	
の					運賃	その他	運賃	その他	運賃	その他	運賃	その他	泊数	宿泊費	包括 宿泊費	[ ]	円
内					円	円	円	円	円	円	円	円	泊	円	円	円	円
訳																	
	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〕

- 1 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 「2 旅行費の内訳」の欄の各費用については、それぞれ領収書又はこれに代わる明細書を添付すること。
- 3 「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。
- 4 年月日の記載には元号を用いる。