

会員1名につき **年度内15枚まで** 申込可能です。
申込は会員本人の氏名のみを記入してください。

FAX可
 FAX:097-556-3221

- ※ 補助券を郵送でお送りする為、到着まで1週間程度かかります。余裕をもってお申込みください。
- ※ 会員連名で申込みの場合は、代表者へまとめて郵送いたします。

検 印	係



一般財団法人 大分県教職員互助会

令和6年度 遊園地等入園補助券申込書

所属名	会員氏名	職員番号	補助券必要枚数 郵送料削減のため、年度内1回の申請となるようご協力をお願いします。
① 代表者 所属コード： 所属名：			枚
②			枚
③			枚
④			枚
⑤			枚
⑥			枚
⑦			枚
⑧			枚
⑨			枚
⑩			枚

上記のとおり遊園地等入園補助券を申し込みます。

_____年 _____月 _____日

補助券を
利用できる方

【 補助対象 】 会員本人、会員の被扶養者(注1)、会員の子(注2)

- (注1)・会員が公立学校共済組合員の場合、公立学校共済組合で認定され「公立学校共済組合被扶養者証」の交付がある方
- ・会員が公立学校共済組合員以外の場合は、加入する「健康保険被扶養者証」の交付がある方
- (注2)・18歳以下の会員の子（ただし18歳となった年度末まで）

※補助対象外の方の利用があった場合、補助額を返金していただきます。