

所 属 名	
所 属 コード	
フリガナ	
氏 名	
職 員 番 号	

互助会受付

(弔規様式第8号)

※	事務局長	事務局次長	課長	係

※ 一金 円也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。 年 月 日

災 害 ボ ラ ン テ ィ ア 活 動 補 助 金

一金 円也

請求事由	活動月日	年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間
	活動地域			
	活動内容			
	必要書類 (写)	<p>①ボランティア活動保険加入カードの氏名の面(写)をこちらに貼付してください。</p> <p>※加入カードは、事前に参加していなくてもボランティア当日に現地受付でも参加できます。その場合は、後日各市町村の社会福祉協議会で受領してください。</p> <p>※団体がボランティア活動保険に参加している場合は、その保険内容を示す書類の写を添付してください。</p> <p>②被災状況や活動内容がわかる写真を別紙で添付してください(原本証明不要)</p>		

上記のとおり別紙証明書を添えて請求します。

年 月 日

所属所

職氏名

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

- ※印欄は記入しないこと。
- ボランティア活動保険加入カード(写し)又は団体が加入している保険内容(写し)を貼付すること。(写し)には原本証明は不要です。
- 被災状況や活動内容のわかる写真を添付すること。原本証明は不要です。
- 1日の活動につき3,000円を補助します。年度内3日まで申請できます。
- 本人の押印及び所属長証明は不要とする。