

1	2	3
5	0	0

# 宿泊補助請求書

所属名					
所属コード					

会員番号 (職員番号)										家族 コード		宿泊日						補助人数			補助対象者		上段：補助対象 ホテル・旅館名	
4	5	6	7	8	9	10	11	12	年号・年			月		日	22	23	24	「会員名」・ 3歳以上の 「被扶養者名」		下段：都道府県名				
							0	0	R								0	0						
							0	0	R								0	0						
							0	0	R								0	0						
							0	0	R								0	0						
							0	0	R								0	0						

上記のとおり請求します。なお、公務による宿泊利用ではありません。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 宿泊日の「翌月末まで」に提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- 通知に添付のリストに掲載の旅館・ホテルを利用する場合  
「領収・明細書」(原本)を添付し、請求してください。  
(宿泊単価・宿泊者氏名(フルネーム)・人数・宿泊日・宿泊施設が確認できるもの)
- 会員証割引事業サイトに掲載の旅行会社で会員証割引対象のバック等を利用する場合  
旅行会社から下記に証明を受け、請求してください。



## 全国教職員互助団体協議会 「会員証」 契約旅行会社証明欄

会員が補助を受けるため、お手数ですが、割引対象の国内旅行について証明をお願いします。  
日帰り、宿泊以外での利用は対象になりません。 宿泊料金不要の幼児については記入不要です。

宿泊者全員の氏名・割引後の旅行単価				旅行会社名・担当者氏名			
大人				円		Ⓜ  (電話番号 )	
子供				円			
宿泊日	令和	年	月	日	から		
宿泊施設							

佐教互

# 海外旅行補助請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)							家族コード		旅行開始日						補助対象旅行代金							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	年号・年			月		日	24	25	26	27	28	29	30	
3	2	1								0	0	R													

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

令和	年	月	日	請求者氏名	(自署)
				所属電話番号	( ) -

- 会員証による割引後の海外旅行代金の10%（上限1万円・100円未満切捨）を補助します。
- 会員証割引事業サイトに掲載の旅行会社に、割引対象の旅行かどうかご確認ください。  
(割引対象でない場合は補助の対象となりません。事前にご確認ください。)
- 旅行会社から下記に証明を受け、旅行終了後の「翌月末まで」に請求してください。



全国教職員互助団体協議会 「会員証」 契約旅行会社証明欄					
会員が補助を受けるため、お手数ですが、 <u>割引対象の海外旅行</u> について証明をお願いします。 補助対象は会員証裏面に記入されている会員のみですが、会員証の割引は家族にも適用してください。					
旅行者の氏名・ <u>割引後</u> の旅行単価			旅行会社名・担当者氏名		
			円※		
旅行日	令和	年	月	日	から 泊
ツアー名					Ⓜ
			(電話番号 )		

※割引後の旅行単価については、諸税など割引適用外のものがあれば除いてください。

佐教互

# 宿泊(特殊)補助請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)								家族コード		宿泊日						補助額 (記入不要)						
													年号・年			月		日							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	24	25	26	27	28	29	30
										0	0	R													

欠航日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																						
欠航事由																							
定期船運航会社	(電話番号 )																						
補助対象者氏名																							

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 宿泊日の「翌月末まで」に提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- 補助対象者 離島校に勤務する会員及びその被扶養者 (3歳以上)
- 補助条件 気象状況により定期船が欠航し、やむを得ず内地の宿泊施設を利用したとき
- 補助対象施設 唐津・東松浦地区の宿泊施設 (指定なし)
- 補助額 1人1泊につき2,000円 (泊数制限なし)  
ただし、宿泊料金が2,000円に満たない場合は実費 (100円未満切捨)
- 添付書類 領収・明細書 (原本)  
(宿泊単価・宿泊者氏名(フルネーム)・人数・宿泊日・宿泊施設が確認できるもの)

佐教互

# 離島校勤務者 駐車料補助請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)								家族コード		給付事由発生日						補助額 (記入不要)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	年号・年			月		日	24	25	26	27	28	29	30		
3	6	1								0	0	R				0	4	0	1							

利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (ヶ月分)		
駐車場料金	年一括払い	年額	円
	月払い	月額	円
	月払い ※	月額	円 ※年の途中で料金が変わったとき
駐車場所在地	(電話番号 )		

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 別途通知で指定する日までに提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- 補助条件 離島校に通勤するため、または離島校の島内の公舎に居住するために、  
会員が内地に駐車場を借り受け、駐車料を支払ったとき

● 補助額	月払い	月額6,000円以上	3,000円 × 利用月数
		月額6,000円未満	実費の1/2 (100円未満切捨) × 利用月数
● 補助額	年一括払い	年額72,000円以上	36,000円
		年額72,000円未満	実費の1/2 (100円未満切捨)

- 添付書類 領収書 (原本または写し)

佐教互

# 非常災害等交通費 補助請求書

所属名						
所属コード						

給付 コード			会員番号 (職員番号)								家族 コード		利用日						補助額						
													年号・年			月		日							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	24	25	26	27	28	29	30
										0	0	R													

利用した理由																							
利用区間																							
タクシー会社	(電話番号 )																						

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 利用日の「翌月末まで」に提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- 補助条件 へき地校(※)に勤務する会員が、非常災害により定期交通機関が不通となり、通勤にタクシーを利用したとき  
※「佐賀県公立学校特殊勤務手当及びへき地手当支給規則」第8条で指定の学校
- 補助額 タクシー代実費(1回の上限3,000円)
- 添付書類 領収書(原本)

佐教互  
第16号

あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等

# 施術料補助請求書

所属名					
所属コード					

給付コード			会員番号 (職員番号)							家族 コード		最終施術日						請求 回数		補助額 (記入不要)							
												年号・年			月	日											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	27	28	29	30
3	4	1								0	0	R															

療養を必要とする理由	
------------	--

施術所証明欄							
会員が補助を受けるため、お手数ですが、以下の証明をお願いします。 保険外診療が補助対象となります。また、他の助成があれば、それを除いた金額をご記入ください。							
回数	施術日		領収金額	回数	施術日		領収金額
1	R	. .	円	10	R	. .	円
2	R	. .	円	11	R	. .	円
3	R	. .	円	12	R	. .	円
4	R	. .	円	13	R	. .	円
5	R	. .	円	14	R	. .	円
6	R	. .	円	15	R	. .	円
7	R	. .	円	16	R	. .	円
8	R	. .	円	17	R	. .	円
9	R	. .	円	18	R	. .	円
療養者氏名			上記のとおり保険外診療の施術料を領収しました。				
			なお、当施術所は保健所への開設届が受理済であることを証明します。				
住所							
施術者							
氏名			Ⓣ 電話番号				

上記のとおり請求します。 ※ 領収書の添付ではなく、施術所での証明が必要です。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様 ※ 最終施術日の翌月末までに提出してください。

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

佐教互

第7号

# 結婚祝金請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)							家族コード		婚姻日						補助額						
												年号・年			月		日							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19						
1	8	1								0	0	R												50000

※ 婚姻により改姓した方は、旧氏名をご記入ください。

氏名 (旧姓)	
---------	--

※ 退職後に婚姻した方は、退職後3ヶ月以内の婚姻であれば給付することができますので、ご記入ください。

退職日	令和	年	月	日	退職時の所属	
-----	----	---	---	---	--------	--

上記のとおり、戸籍抄本（原本）を添付のうえ請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

佐教互  
第20号

# 介護休暇給付金請求書

所属名						
所属コード						

給付コード			会員番号 (職員番号)								家族コード		請求期間の初日						決定額 (記入不要)						
													年号・年			月		日							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	24	25	26	27	28	29	30
9	9	4								0	0	R													

介護休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
介護を必要とする者	氏名 (続柄 )
給付金の請求期間 及び日数	令和 年 月 日 から 日 まで ( 日)
減額された 給料月額 の60/100	(A) 円 (※ 円未満切捨)
公立学校共済組合等 からの給付額	(B) 円
請求金額	(A) - (B) 円 (※ 100円未満切捨)

上記のとおり請求します。

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日 請求者氏名 (自署)  
所属電話番号 ( ) -

- 添付書類 公立学校共済組合員の方は添付不要です。それ以外の方は以下を添付してください。  
出勤簿の写し (所属長の奥書証明のあるもの)  
国家公務員共済組合等からの介護休業手当金の写し