

2024年度 リフレッシュサポート 申請用紙

施設利用 対象期間: 2024年9月1日(日)~2025年8月31日(日)

申込者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 共済友の会	支部管理No.	期	番号
支部名	本社	支部	申込者氏名	電通 太郎

施設利用年月日	2024年11月9日
---------	------------

利用者名	名前	電通 太郎	花子	一子	二男
	続柄	本人	配偶者 <input type="checkbox"/> 20歳未満	長女 <input checked="" type="checkbox"/> 20歳未満	長男 <input checked="" type="checkbox"/> 20歳未満
	名前	三子			
	続柄	次女 <input checked="" type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 20歳未満

申請内容	テーマパーク <small>(記入例: テーマパーク、コンサート、旅行、スポーツ観戦等)</small>	チケット・領収書 返却希望	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
------	---	------------------	--

※返却希望の方はクリップにて提出してください

施設利用した感想(必須) ※一言以上ご記入ください

補助金をきっかけに家族でテーマパークに行ってきました!

また家族と一緒に行って、楽しい時間を共有したいと思います!

“チケット”または“領収証”の添付は必須です。貼りができない場合は裏面に「返却希望」の文字を添付してください。

対象期間 2024年9月1日(日) ~ 2025年8月31日(日)

補助対象 購入金額が大人1名につき3,000円以上のテーマパーク、コンサート、旅行、スポーツ観戦等(年間パスポートやスポーツ施設等の月額使用料の利用も可。ただし、年会費等の利用金額は「無料の場合は対象外」)

対象者 組合員・友の会会員で本人およびその家族(配偶者・子ども(20歳未満))

補助金額 本人 2,000円、ご家族(1名につき) 1,000円

領収書
〇〇〇〇様
¥〇〇〇〇〇〇—
〇〇〇〇 (印)

内訳
大人 2名 ¥〇〇〇〇
小人 3名 ¥〇〇〇〇

チケットなら半券でもOK!

返却希望はクリップ付けで提出

領収書なら自分の名前で!

一緒に行った家族の人数や金額がわかるもので!

※返却希望の場合のみ 確認印