

契約宿泊施設利用助成申込書

令和 年 月 日

事業所整理記号		事業所番号	
事業所	郵便番号	〒 —	
	所在地		
	名称	⑩	
	電話番号等	TEL	Fax
ご担当者名			
ご利用施設名			
ご利用期間		自 令和 年 月 日	
		至 令和 年 月 日	
被保険者名		ご年齢	被扶養者名（3歳以下除く）

お申込み・お問い合わせは

一般財団法人 鹿児島県社会保険協会

〒890-0067 鹿児島市真砂本町54番1号 EMergency第2ビル1階

☎ 099-297-6660 fax 099-297-6661

※お申込みいただきました個人情報等は、本事業に関することに利用するもので他の目的に利用することはありません。

一般財団法人 鹿児島県社会保険協会ホームページのご案内

上記の「契約宿泊施設利用助成申込書」・「契約宿泊施設一覧表」も掲載！
 事務研修会・スポーツ大会の開催や各種事業についての最新情報のほか
 本誌「社会保険 かごしま」・「協会だより」のバックナンバーも掲載
 しています。 アドレスは次のとおりです。

[http : www.shahokyo-kagoshima.jp](http://www.shahokyo-kagoshima.jp)