埼玉県市町村 職員共済組合	アルペンローゼ　**利用券**

補助金額	￥２，７００

保養施設利用券交付依頼書			
利用日	○・○・○	施設名	アルペンローゼ
所属所名	○　○　市		
組合員証番号	９９９－９９９９		
利用者氏名	共済　太郎		
組合員または被扶養者の別	組合員　・　被扶養者		

上記にもとづき保養施設利用券を交付くださるようお願いします。

○年○月○日

組合員氏名　共済　太郎

〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜

上記にもとづき交付します。

○年○月○日

埼玉県市町村職員共済組合理事長

注　１．**本券は、１人１泊**につき**１枚**、使用できますが３才未満の子供にあっては使用できません。
　　２．本券は、**素泊り**で宿泊した場合にのみ使用できます。