様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和２年　　月　　日

山口県健康福祉部厚政課長 　様

社会福祉施設等への応援職員派遣支援事業の旅費請求について

　下記のとおり事業を実施しましたので、旅費を請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　応援職員氏名

　　　　自宅住所

　　　　電話番号

２　派　 遣　 日　　　　令和２年　　月　　日～令和２年　　月　　日（計　　回）

３　派遣元施設名

　　　　　　住所

　　　　電話番号

　　　メールアドレス

　　　　　担当者名

４　派遣先施設名

　　　　　住所

　　　電話番号

５　旅費算定経路

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 出発地 | 到着地 | 交通手段 | 高速道路利用 |
| 令和２年　　月　　日 | 往路 | 派遣元施設・自宅 | 派遣先施設 | 自動車・公共交通機関 | 有・無 |
| 復路 | 派遣先施設 | 派遣元施設・自宅 | 自動車・公共交通機関 | 有・無 |

※出発地往路・到着地復路・交通手段・高速利用欄はどちらかに〇をしてください。

※複数回ある場合は同様の内容を追加して別紙にして記載ください。

※公共交通機関を利用した場合は利用区間・利用交通機関・運賃記載の領収書等を添付

してください。

※高速道路利用の場合は領収書を添付してください。

上記のとおり間違いありません。

　　　　　　　　　　　　派遣元施設名

派遣元施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞