【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（全施設（旅費）分）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：

あああ自宅住所：

あああ電話番号：

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：

あああ住所：

あああ電話番号：

あああメールアドレス：

あああ担当者名：

４．派遣先施設名：

あああ住所：

あああ電話番号：

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 |

※往路出発地、復路到着地、交通手段及び高速道路利用欄はどちらかを選択（チェック）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　施　 設 　名：

　　　　　　　　　　派遣元施設　住　　 　所：

派遣元施設　施設長氏名：

　　　　　　　　　　派遣元施設　担当者氏名：

派遣元施設　担当者電話番号：