スイーツ購入助成事業　助成申請者氏名

※助成額はお一人１，０００円です。
※下記※印も必ずご確認ください。　　*※（）内は共済センター使用欄につき記入不要*

会員番号	会　員　氏　名	会員番号	会　員　氏　名
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）
―	※（　　）	―	※（　　）

※同一のお店を同日に複数人で利用した場合にご使用ください。（例：１２月２４日にケーキを同一店に事業所単位で注文した場合など、利用者名を連名でご記入ください。）
領収書は上記の場合は、合計額でかまいません（ただし原本を添付してください。ご希望の場合は返却致します。
※用紙が足りない場合はコピーしてご利用ください。