|  |
| --- |
| **大磯町立福祉センター利用承認・利用料金（減免・免除）申請書****年　　　　月　　　　日****指定管理者　様****利用者登録番号****団体名****代表者名　　　　　　　　　　　　連絡者名****住　所　　　　　　　　　　　　　住　所****連絡先　　　　　　　　　　　　　連絡先****次のとおり申請します。** |
| **利用日時** | **年　　月　　日（　）****時　　分　から　　時　　分** | **利用時間数** |  |
| **利用目的** |  | **利用予定人数** | **人** |
| **利用施設名** | * **第１相談室**
 | * **第２相談室**
 | * **レクリエーション室**
 |
| **利用料金** | **円** |
| **減免・免除** | **申請** | **□減額を申請します。（　　　　　減額）　　□免除を申請します。** |
| **理由** | **□公用のため　□認定団体（障がい者・高齢者・その他（　　　　　））****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **備考** |  |
| 上記の申請について、 | 次のとおり決定してよろしいか。 |
| 決裁欄 | 受付年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 受付担当者　　　 |
| 決裁年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 承認年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　番号第　　　　号 |
| 利用料金 | 　　　　　　　　円 | 有料全額　　　減額（　　　　）　　免除 |
| 備考 |  |

第２号様式（第５条、第７条の３関係）

**※太枠の中のみ記入してください。**