

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	<input type="checkbox"/> 第1相談室	<input type="checkbox"/> 第2相談室	<input type="checkbox"/> レクリエーション室
利用料金	円		
減免・免除	申請理由	<input type="checkbox"/> 減額を申請します。(減額) <input type="checkbox"/> 免除を申請します。 <input type="checkbox"/> 公用のため <input type="checkbox"/> 認定団体(障がい者・高齢者・その他()) <input type="checkbox"/> 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		

※太枠の中のみ記入してください。