

様式第 2 号

久米島町健康福祉施設利用料減額(免除)申請書

令和 年 月 日

久米島町長 様

住 所  
団 体 名  
氏名(代表者)  
電 話 番 号

次のとおり利用料の減額(免除)を申請します。

利 用 室 名	<input type="checkbox"/> トレーニングルーム「SMAP」(スマップ) <input type="checkbox"/> 栄養指導ルーム「VEGL」(ベジル) <input type="checkbox"/> フリールーム「パレット」 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 子育て支援ルーム <input type="checkbox"/> 作業ルーム <input type="checkbox"/> 久米島町社会福祉協議会(会議室) <input type="checkbox"/> 2階各教室( ) <input type="checkbox"/> 3階各教室( )
利 用 目 的	
利 用 日 時	令和 年 月 日 時 分 から 令和 年 月 日 時 分 まで( 日間)
利 用 料 の 額	円
減額(免除)申請の理由	
備 考	
※上記利用料の減額(免除)申請書の決定 1 減額(免除)決定額 円(減額(免除)後の利用料) 円 2 決定の理由	

※ 太枠内は記入しないでください。