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 | 　□トレーニングルーム「SMAP」（スマップ）　□栄養指導ルーム「VEGL」（ベジル）　□フリールーム「パレット」　□体育館　□子育て支援ルーム　□作業ルーム□久米島町社会福祉協議会（会議室）□２階各教室（　　　　　　　　　　　）□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。