

第5号様式（第10条関係）

箱根町総合保健福祉センター使用料減免申請書

年 月 日

箱根町長

様

申請者
住 所 〒

団体等名
代表者名
電話・担当者名 ()

次のとおり申請します。

使用 責任 者	住 所	〒
	氏 名	
	電 話	()

使用年月日	年 月 日 ()	大人	男 人	女 人	計 人
使用目的		小人	男 人	女 人	計 人
		計	男 人	女 人	計 人
		種 別	町 内 ・ 町 外		
		使用料徴収	有 ・ 無		
施設名及び 使用時間	調 理 実 習 室	時 分 ~ 時 分			
	会 議 室	時 分 ~ 時 分			
	温 水 プ ー ル	時 分 ~ 時 分			
* 減免を受け ようとする 理 由	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第8条第1号に 該当		<input type="checkbox"/> 条例施行規則第9条第1号に 該当		
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第8条第2号に 該当		<input type="checkbox"/> 条例施行規則第9条第2号に 該当		
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第8条第3号に 該当				
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第8条第4号に 該当				
備 考			*規定使用料 円		

(注意) 太枠内 *印の箇所は記入しないでください。