

第 5 号様式(第 10 条関係)

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 小人 男 人 女 人 計 人
使用目的		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) 太枠内 ※印の箇所は記入しないでください。